

Cómo citar este documento

Sanhueza Parra, M. Aplicación de un Programa de Apoyo como Estrategia para Aumentar la Funcionalidad de Adultos Mayores. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0143.php>

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
ESCUELA DE GRADUADOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE APOYO COMO
ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA FUNCIONALIDAD
DE ADULTOS MAYORES**

Tesis presentada a la Escuela de Graduados de la
Universidad de Concepción para optar al Grado
de Magíster en Enfermería

Tesista: Srta. Marcela Sanhueza Parra
Profesor Guía: Sr. Manuel Castro Salas.

**FACULTAD DE MEDICINA
CONCEPCIÓN –CHILE
2005**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermanas y abuelitos, quienes siempre estuvieron a mi lado incluso en los momentos más difíciles.

A mis profesores Don Manuel Castro y Don José Manuel Merino, por su paciencia y dedicación.

A mis compañeras de magíster y amigas Patricia y Mónica que me entregaron su apoyo y cariño al inicio de éste proyecto y a Claudia y Jacqueline que me acompañaron hasta el final.

A las colegas del departamento de enfermería que siempre estuvieron preocupadas por la realización y buen término de ésta investigación, en especial a mi querida amiga Magali Rodríguez, que siempre me entregó el valor y fuerza necesaria para seguir adelante y mis siempre recordadas “profes” y colegas Ingrid Soto y Sandra Valenzuela, quienes con su ayuda, apoyo y ejemplos de humanidad me hicieron amar aún más la profesión que tengo y encaminar mis pasos directamente a la docencia.

A los adultos mayores que participaron de ésta experiencia, ya que sin su cooperación nada habría sido posible.

Y finalmente y no por eso menos importante a quien guía mis pasos desde las alturas y jamás me abandona junto al padre de todos, mi tía Juani un adulto mayor que inspiró mi interés y empeño en éste grupo de personas que siempre dejarán una huella imborrable en nuestro corazón.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2. PROPÓSITO	8
1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS	8
1.4. ANTECEDENTES EMPIRICOS	18
1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	22
1.5.1. Hipótesis General	22
1.5.2. Subhipótesis	22
1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.6.1. Variable Independiente	23
1.6.2. Variable Dependiente	24
1.6.3. Subvariables Dependientes	24
1.6.4. Definición y Operacionalización de las variables	25
2. MATERIALES Y MÉTODOS	29
2.1. POBLACIÓN EN ESTUDIO	29
2.1.1. Universo	29
2.1.2. Muestra	29
2.1.3. Unidad de Análisis	30
2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO	31
2.2.1. Esquema tratamiento experimental	32
2.2.2. Tratamiento experimental	33
2.2.3. Programa de actividades integrales	33

2.3. RECOLECCIÓN DE DATOS	34
2.3.1. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	39
2.3.1.1. Prueba Piloto	39
2.3.1.2. Validez y confiabilidad de los instrumentos	40
2.4. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	40
3. RESULTADOS	41
3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	42
3.1.1. Perfil de la muestra	42
3.1.2. Verificación de Hipótesis	54
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	70
5. BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	87

RESUMEN

Investigación de tipo experimental con pre test y post test, cuyo propósito fue evaluar, la eficacia de un programa de apoyo con actividades integrales como estrategia, para aumentar la Funcionalidad física, psíquica y social de adultos mayores que participaron de este programa durante dos meses.

Se trabajó con adultos mayores de ambos sexos, constituyendo aleatoriamente dos grupos de 15 adultos mayores cada uno. (grupo experimental y grupo control).

La Funcionalidad, se midió en sus subvariables: Necesidades Funcionales Básicas, Funciones Mentales y Auto percepción de salud, controlando ambos grupos en dos oportunidades, al inicio y al final del tratamiento, del que sólo participó el grupo experimental; el tratamiento correspondió al programa de actividades integrales, donde para aumentar la funcionalidad de los adultos mayores participantes, se incluyeron sesiones educativas de autocuidado en salud, desarrollo de ejercicios físicos, baile, canto, terapia de relajación, recreación y autoestima.

Los instrumentos utilizados para medir las subvariables de la Funcionalidad fueron: La Escala de Valoración de la Autonomía Funcional (E.V.A) que media las necesidades funcionales básicas y la Escala Portátil de Pfeiffer para la medición de la funciones mentales.

Para medir la auto percepción de salud, se preguntó directamente a los encuestados su autoapreciación.

La evaluación final de la funcionalidad se determinó a través del comportamiento de sus subvariables planteadas, considerando la equivalencia porcentual propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF) del año 2001, para determinar el resultado final de las necesidades funcionales básicas y funciones mentales.

Las tres subhipótesis, que contenían las subvariables planteadas, necesidades

funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud, fueron aceptadas con una asociación significativa de $p=0,04$; $p=0,02$ y $p=0,006$ respectivamente. Situación que llevó a la aceptación de la hipótesis general de trabajo, concluyendo que el programa de actividades integrales aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de los adultos mayores que en él participan, al compararlos con aquellos adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

ABSTRACT

Experimental study type whit pretest and post test which intention was to evaluate the efficacy of a program whit integral activities devoted to increase the elder's functionality physical, psychic and social. Were compared two groups (experimental and control) before and after that experimental group partipated in a training's program for functionality's increase, along two months.

Randomly worked with elders persons of both sexes, constituting two groups of 15 persons each one. (experimental group and group control).

The Functionality, was measured in its subvars: Basic Functional necessities, Functions Mental and Autopercepción of health, and were controlled on two ocassions in both groups, at the beginning and the end of the treatment, of which only participated the experimental group; the treatment corresponded to the program of integral activities, devoted to increase the functionality of the participant elders, educational sessions of self-care in health, development of physical exercises, dance, song, relaxation therapy, recreation and self-esteem.

The instruments used to measure the subvars of the Functionality were: The Scale of Valuation of the Functional Autonomy (E.V.A) that mediates the basic functional necessities and the Portable Scale of Pfeiffer for the mensuration of the mental functions. The measurement of self-rates health was made through direct questions of self-rates.

The final evaluation of the functionality was determined through the behavior of its subvars, considering the percentage equivalence proposed by the World Organization

of the Health (2001), to determine the final result of the basic functional necessities and mental functions.

The three subhypothesis that contained the subvars, was accepted with a significant association of $p=0,04$.; $p=0,02$ and $p=0,006$ respectively. Situation that took to the acceptance of the general hypothesis of work, concluding that the program of integral activities increases the physical, psychic and social elders's functionality that participate in this program, when comparing them, with those elders that don't participate of this program type.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es una responsabilidad ética de los organismos nacionales e internacionales mejorar la situación de salud de la población envejecida, puesto que sin el apoyo suficiente, difícilmente lograrían un nivel de satisfacción que esté de acuerdo con sus características personales y sociales, sin embargo, ésta tarea no es fácil con una mantenida tendencia a utilizar el concepto de “Viejísimo”, cuyo significado esta orientado a conceptualizar al adulto mayor como un ser no valente, sin capacidades, que cada día va sumiéndose en una mayor decadencia. (Fornós, 1996).

El concepto de viejísimo, en los adultos mayores provoca la llamada “Profecía autocumplida” ó “Efecto Pigmalión” que convence a éste grupo etáreo, sólo por el hecho de serlo, de incapacidades para lograr sus metas y continuar su desarrollo.

De ésta manera, un adulto mayor requiere de la atención y apoyo de los demás para salir de este círculo vicioso, al cual también hacen su contribución las enfermedades crónicas propias de su condición, todo lo cual les hace pensar que envejecer no es una nueva etapa de la vida sino la última y el término de todo lo bueno, de ahí el pensamiento “Todo tiempo pasado fue mejor”.

Las características especiales del adulto mayor, entre las cuales confluyen, aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico como el declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración en el nivel precario de la homeostasia del organismo, aumentan la vulnerabilidad ó fragilidad de este grupo ante situaciones de estrés y enfermedad propias de nuestros tiempos, es así como representan un segmento singular de la población con características y problemas de salud que constituyen un desafío en el diseño e implementación de programas eficaces destinados a ellos.(Forcica, 1996).

La presente investigación esta orientada a contribuir con la Promoción y fomento de investigaciones y estudios que permitan sistematizar e investigar los problemas de la población adulta mayor. (Viveros, 2001).

Uno de los grandes problemas que afecta a este grupo etáreo y guía la investigación, es el de la Dependencia por déficit de Funcionalidad, que se relaciona con la necesidad de ayuda para interactuar multidireccionalmente con el contexto socioambiental. (O.M.S., 2001).

El impacto que la dependencia tiene sobre la calidad de vida y la dificultad para llevar a cabo las acciones de los dominios de la actividad humana va más allá de lo meramente descriptivo. Son un parámetro de salud, y como tal, descriptor de resultados evolutivos relevantes, que se deben considerar. (Querejeta, 2001).

El concepto de funcionalidad a nivel mundial es citado con múltiples sinónimos, y diferentes connotaciones, asociándose generalmente con la evaluación física ó clínica del individuo. Con el objetivo de unificar criterios con respecto a la dependencia y funcionalidad la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) aprobó en el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF), originaria de la clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), que considera la funcionalidad como “funcionamiento” con una visión integral, donde se relacionan las diferentes funciones y estructuras del organismo, la actividad y participación en un marco socio-ambiental.

En la presente investigación se trabajará con éste enfoque propuesto por la O.M.S, que considera aparte de la evaluación física, aspectos psíquicos y sociales, que hacen de ésta valoración un apoyo al enfoque holístico de salud. (O.M.S., 2001).

Con ésta investigación se espera hacer un aporte a la práctica de enfermería en la atención del adulto mayor, a través de una forma de trabajo que puede mejorar el costo-efectividad de la atención.

De lo anteriormente mencionado surge la siguiente interrogante:

¿Es posible que un programa de actividades integrales aumente la funcionalidad de adultos mayores?

1.2. PROPÓSITO

Verificar la efectividad de un programa de actividades integrales como estrategia que aumenta la Funcionalidad en los adultos mayores.

1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

La transición demográfica que ha estado viviendo el mundo, predice para la mitad de éste siglo una igualdad en los porcentajes de la población anciana y joven. Se estima que el porcentaje de las personas de 60 y más años se duplicará entre el año 2000 y el 2050 pasando de un 10% a un 21% y el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio, pasando de un 30% a un 21%.(O.M.S, 2002).

Para América Latina y el Caribe, estadísticamente la población de ancianos pasará de 23,3 millones en 1980 (6,5% de la población general) a 42,4 millones (7,9%) en el 2000 y a 96,9 millones (12,8%) en el 2025. (Kinsella, 1994).

En Chile, según el CENSO de 2002, un 11,4% de la población total (1.717.478 chilenos) son adultos mayores de 60 años, lo que corresponde a 412.000 personas más que hace diez años, siendo también el grupo que proporcionalmente más ha crecido anualmente 3,3% vs. 2,1% de crecimiento en la población general. Por su parte el INE en 1999 proyectaba para el año 2010, 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, con un intervalo de edad recurrente, entre 60 y 74 años, proporcional para todas las regiones del país. Estas proyecciones de incremento de la longevidad a escala planetaria encarnan desafíos presentes y futuros en cada aspecto de nuestra sociedad. Por ello, todos los países deben dedicar una atención más cuidadosa a la cuestión de evitar la dependencia e impulsar un envejecimiento saludable. (Marín, 2002).

En éste mismo accionar, la segunda conferencia internacional sobre el envejecimiento, propone a los gobiernos, a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil, promulgar políticas y programas de “envejecimiento activo”, que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad, reconociendo las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta. (Naciones Unidas, 2002).

El envejecimiento activo, al igual que el envejecimiento saludable, optimiza las

oportunidades de salud, participación y seguridad a las personas que envejecen con el fin de mejorar su calidad de vida, sin embargo, a diferencia del envejecimiento saludable, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física. (O.M.S, 2002). Dentro del enfoque de envejecimiento activo, Chile a través de la Política Nacional para el Adulto mayor, refleja una creciente conciencia acerca de la contribución que puede efectuar la población mayor al desarrollo del país. Planteando un cambio de la percepción que la sociedad chilena tiene, en relación al proceso de envejecimiento y el valor de las personas que lo viven. (Takamura, 1998).

Esta Política Nacional del Adulto Mayor, también propone incentivar acciones de promoción, prevención y atención curativa a favor de la mejora y mantenimiento de las condiciones de autovalencia en los Adultos Mayores. (SENAMA, 2004).

De ésta manera con la propuesta de un envejecimiento saludable y activo, se deja atrás el antiguo paradigma que tendía a considerar a las personas mayores como una carga y no como recursos capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad.(Peláez, 1997).

Si se hace alusión a la recomendación de la O.M.S en el 2002, de reconocer las características y problemas del envejecimiento, se debe considerar el envejecimiento como un proceso natural y universal que afecta de manera distinta a cada persona, se acentúa en las últimas décadas de la vida y su característica principal, está dada por el requerimiento de más tiempo para adaptarse a un cambio biológico, psicológico ó social. (Silva, 2001). Estos cambios determinan la capacidad de funcionar ó funcionalidad de los adultos mayores, que para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), representa el principal parámetro determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit, sino de “mantención de la capacidad funcional”, de ésta manera al momento de evaluar el estado de salud de los adultos mayores, la funcionalidad juega un papel primordial. (O.P.S/O.M.S, 1982.).

La Funcionalidad se conceptualiza, como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus campos: biológico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social. Existiendo el adulto

mayor funcionalmente sano, ó capaz de valerse por sí mismo y aquel adulto mayor, funcionalmente alterado, ó con dificultades para valerse por sí mismo. (Silva, 2001).

Esta capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar puede disminuir si algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limita las aptitudes físicas o mentales, teniendo consecuencias importantes en el trabajo, la jubilación y las necesidades de atención a largo plazo. (O.M.S, 1998).

Por lo tanto, se hace imprescindible, mantener ó recuperar la funcionalidad, situación que radica principalmente en el riesgo de caer en discapacidad y dependencia. La discapacidad, según el enfoque actual de la O.M.S, se refiere a un término genérico, de carácter universal que incluye deficiencias (anormalidad ó pérdida de una estructura ó función corporal), limitaciones en la actividad (dificultad) y restricciones en la participación. A su vez, dentro del contexto de las condiciones de salud, como es el envejecimiento, la dependencia es un atributo inseparable de la discapacidad, en la que interviene el factor contextual de “ayuda” ó reforzamiento funcional, para realizar una determinada actividad. (Querejeta, 2001).

Para lograr una mejoría de la Funcionalidad, disminuyendo las discapacidades y evitando la aparición de dependencias, los servicios sanitarios deberán elaborar programas de promoción de salud para los adultos mayores, que les permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad.(O.P.S/O.M.S, 1999.). Por consiguiente, la meta de las políticas públicas sobre el envejecimiento deberá concentrarse en diferentes, intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad. (O.P.S/O.M.S, 2002).

Ya en 1981 la O.P.S. instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales para satisfacer sus necesidades. (O.P.S/O.M.S, 1998).

Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado, que una vez que el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud. (O.M.S, 2002).

Orems en su teoría general del autocuidado, que a su vez consta de tres teorías relacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería, define el autocuidado como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar, siendo una conducta aprendida

que se relaciona con el hombre, el medio ambiente, la cultura y los valores del diario vivir. (Taylor y cols, 1999).

Según lo propuesto el autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan y recursos para el autocuidado entre otras) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Orem (1993) a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado. Y en algunas circunstancias, un individuo puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesaria. (Orem, 1993).

En el adulto mayor, las actividades de autocuidado son plenamente viables y se justifican con los dichos de Maslow (1970) quien sostiene que, la mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitirles a otros, contradiciendo uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento y mantienen la idea de que, en la vejez, es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable ó participar activamente en el propio autocuidado. (O.M.S, 2002).

Para Orem, el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado, se comportaría como una “agencia de autocuidado” concepto que se define como un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de

comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer; y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

El contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia, satisfacer los requisitos de autocuidado, ya sean del tipo universal que incluye necesidades básicas de todo ser humano, como es el adecuado suministro de líquidos, alimentos; como es la capacidad de respirar, alimentarse; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, interacción social y prevención de accidentes, entre otros, requisitos de autocuidado para el desarrollo, que están determinados por el ciclo vital y requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud que incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas. La agencia de autocuidado se puede modificar según, las capacidades del individuo, incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tienen, influyendo directamente en la salud, el bienestar y el desarrollo humano. (Orem, 1993)

Por lo tanto, se debe hacer hincapié en actividades que apoyen los conceptos planteados por Orem en su teoría de autocuidado y así prevenir, el aumento de Adultos Mayores dependientes en los aspectos: físico, psíquico y social. (Silva, 2001). Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo, prevenir o retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales. (Kreidler y cols. 1994).

Es así como, el buen envejecimiento y la funcionalidad, de los adultos mayores, dependerá, en gran medida de la prevención de enfermedades y la discapacidad, el mantenimiento de la actividad física, de las funciones cognoscitivas, la participación ininterrumpida en actividades sociales y productivas. (O.P.S/O.M.S, 1998).

Se hará necesaria su incorporación a programas que incluyan actividades, que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y a su estilo de vida, actividades que apoyen el desarrollo cognitivo y ejercicio de las funciones mentales, como son la memoria y orientación entre otras, disminuyendo notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejorando su pronóstico funcional (Forciea, 1996).

El ser mayor, no debe ser impedimento para participar de un programa con la las características mencionadas, la disminución natural del rendimiento cognitivo que

presenta éste grupo etáreo no es determinante de un déficit irreversible, mediante el entrenamiento, es posible, la conservación de la capacidad mental de rendimiento, incluso la corrección del declive de la misma, con lo que, dentro de ciertos límites, sería “reversible” un eventual déficit, apoyado de un entorno estimulante. A ésta edad se hace imprescindible el aprendizaje de hábitos de autocuidado, donde el adulto mayor participa y se responsabiliza de su propio cuidado. La manera de entregar estos conocimientos deberá ser adecuada a la nueva forma de aprender que posee el adulto, considerando las características, físicas, psicológicas y sociales que se presentan en esta etapa de la vida. Se debe utilizar la repetición y ejercitación práctica junto con favorecer la seguridad del senescente para reproducir el conocimiento.(Lehr, 2003).

Otras actividades que se comportan como protectoras de declive funcional y es necesario desarrollar es la práctica de buenos hábitos alimentarios, que permita el normal desarrollo de sus potencialidades, la realización de actividades significativas en qué desempeñar el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo, mejorando indirectamente su autoestima y autopercebiendo de mejor manera su estado de salud. (Ministerio de Salud, 2003).

Si se considera, la polifarmacia, situación cotidiana del adulto mayor, como un factor más de riesgo en el declive funcional, es necesario orientaciones de autocuidado, con respecto a su cumplimiento terapéutico adecuado y así prevenir deficiencias que comprometan el tratamiento efectivo y pongan en riesgo la vida. (O.M.S, 2002)

El sueño y reposo, debido a su importancia, para mantener al ser humano en equilibrio y para que el organismo recupere su vitalidad, son actividades que también se deberán desarrollar, considerando las características especiales del adulto mayor, quienes por ejemplo, tienen un sueño más superficial, que los despierta con mayor frecuencia y los hace dormir menos horas. (Silva, 2001). Las experiencias que estimulan el sueño reparador y reposo adecuados, se facilitan, incluyendo, sesiones donde se enseñan y practican técnicas de relajación, experiencia profundamente vitalizante y potenciadora de vida, fuerza, alegría y quietud. El método se basa en la premisa “La unidad del ser humano permite, no sólo actuar sobre su cuerpo a través de la mente, sino también sobre

su mente a través de su cuerpo”. Este tipo de técnicas están muy unidas con un estado funcional adecuado. (Rivera, 1993).

Si a éstas actividades se suman oportunidades en las que el adulto mayor pueda demostrar destrezas para ocupar su tiempo libre, tiempo personal dedicado a actividades autocondicionadas, ya sea de descanso, compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y reafirmación de la autoconfianza y autoestima, junto con dar curso a sus vocaciones personales, en forma creativa, son acciones altamente contribuyentes a la mantención de la salud, tanto física como mental, además de ser un derecho de todo ser humano. (Forttes, 1993).

Finalmente, si se desea evaluar el estado de salud percibido, efectivo indicador del estado de salud global y predictor de rendimiento funcional (Myers y Légaré, 2000), se debe realizar directamente a través de la autopercepción de salud.

Según Golini y Calvani (2001) existe una fuerte relación entre “cómo se siente” una persona, y lo que esa persona hace (o más exactamente “lo que cree que puede hacer”). De ésta manera según la autopercepción de salud que el adulto mayor tenga será subjetivamente, su rendimiento funcional.

1.4. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

La mayoría de las investigaciones sobre Funcionalidad en el adulto mayor, a nivel mundial, son publicaciones de carácter descriptivo, donde se destaca España como el país en donde se ha generado el mayor número de trabajos sobre el tema. En América Latina los grandes estudios han estado a cargo de la O.P.S/O.M.S (Proyecto SABE), en Chile el tema ha sido poco explorado, se manejan estadísticas que en su mayoría reflejan la realidad de la región metropolitana. A continuación se presentan publicaciones consultadas para el desarrollo de la presente investigación:

Belenger y Aliaga (1999). En Valencia- España, estudiaron a 43 pacientes mayores de 65 años inscritos en centros atención primaria y a través de la escala E.V.A., determinaron, que el uso del tiempo libre es influenciado significativamente por el grado de dependencia, no encontrando relación estadísticamente significativa entre la variable sexo y el grado de autonomía funcional, la ocupación del tiempo libre y el ocio. (Belenger y Aliaga, 2000).

Domínguez (1985), a través del estudio "Encuesta de Necesidades de los Ancianos en Chile", auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, relativo a entrevistas realizadas en un universo de 1.572 adultos mayores de las comunas urbanas de la Región Metropolitana , Valparaíso y Concepción, determinó el nivel de autonomía de ésta población senescente chilena. Para lograr su medida, elaboró un Índice de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) que permitió agrupar a la población objetivo en tres categorías: los auto-valentes, que desarrollan su vida normalmente sin ayuda; los que requieren ayuda para determinadas actividades, y los frágiles e inválidos, que están impedidos de atender a su cuidado sin asistencia. Los resultados demostraron que el 66.7% de la población mayor cubierta en este estudio puede definirse como funcionalmente sana, capaz de llevar una vida independiente, 30% son funcionalmente frágiles, es decir requieren auxilio para ciertas actividades, y el 3.3% es funcionalmente dependiente y padece invalidez severa. (Domínguez, 1987).

Sequeira (1997), evaluó el riesgo funcional de 109 adultos mayores que vivían en los cerros de Valparaíso, Chile. Obteniendo dependencia en el 55,6% de los adultos mayores, de éste grupo el 18,5% presentaba incapacidad leve, el 14,81% una

incapacidad moderada, y un 22,2% una incapacidad severa. En relación a las actividades instrumentales de la vida diaria, el 66,6% de los ancianos necesitaba ayuda para realizarlas. Al evaluar el estado mental se encontró anormalidad en el 29,6% de los adultos mayores, siendo las áreas más deficitarias la atención, el cálculo, la evocación y el lenguaje. (Sequeira, 1997),

Albala y cols. (1998), como parte del proyecto de la O.P.S, que evaluó las condiciones de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para América Latina, estudiaron a 1306 sujetos de 60 a 99 años de edad, pertenecientes a la región metropolitana de Chile y demostraron que un 16,1% de éstos adultos mayores tenían problemas de dependencia para vestirse, un 13,6% para bañarse, 6,2% para comer, 5,4% para usar el baño, 7,8% para movilizarse, 11% para recordar cuándo tomar sus medicamentos, 10,9% para llamar por teléfono, 6,4% para cocinar, 7,4% para manejar el dinero y un 11,6% para realizar las tareas del hogar. La mayoría de los adultos mayores autopercebían su salud como regular y su deterioro cognitivo aumentaba significativamente después de los 80 años, disminuyendo según los años de escolaridad. (Albala y cols., 1998).

Muñoz (1999). Evaluó la capacidad de autocuidado 318 adultos mayores, hombres y mujeres, inscritos en el Plan Familia Sana de los Centros de Salud San Pedro y Boca Sur en Chile, obteniendo como resultados que funcionalmente un 17% resultó ser dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria y un 83% independiente para desempeñar actividades de tipo instrumental. La mayor parte de la muestra correspondió a mujeres, representando un 60.1% y sus edades fluctuaron entre los 65 y 74 años.

Mella (2001). Realizó un estudio comparativo de Capacidad Funcional entre 100 Adultos Mayores Mapuches y No Mapuches, de la comuna de Nueva Imperial en Chile. Para medir la capacidad funcional utilizó el Sistema de Medición de la Autonomía Funcional (S.M.A.F.) modificado, que incluye evaluación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, donde posterior a su utilización pudo observar que la media funcional, para los adultos mayores no Mapuches correspondió a 0.38 y la de los adultos mayores Mapuches a 0.43, lo que corresponde a personas totalmente independientes, que presentan leves dificultades para realizar las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales. Concluyó que no hay diferencias

significativas entre la capacidad funcional de los adultos mayores no mapuches y los mapuches. (Mella, 2001).

Muñoz, Mendoza y Salazar (2003). Identificaron las características biopsicosociales y el nivel de dependencia funcional de 575 mayores de 65 años, pertenecientes al sistema público de salud en la VIII región de Chile. Los resultados revelaron que un 59% de los encuestados eran mujeres, el 64% tenía 70 o más años y el 79% sabía leer y escribir. En su mayoría eran dueñas de casa y obreros; un 30% vivía en familias de hasta 4 integrantes mientras que un 11% vivía solo/a. Funcionalmente un 19,7% eran dependientes para las actividades básicas y 87,3% para las actividades instrumentales. (Muñoz, Mendoza, y Salazar, 2004).

1.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis General:

“Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus funciones cognitivas y mejor auto percepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa.”

1.5.2. Subhipótesis I:

Adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

1.5.3. Subhipótesis II:

Los adultos mayores que participan de un programa integral de actividades mejoran sus funciones mentales, comparados con aquellos que no participan de este tipo de programa.

1.5.4. Subhipótesis III:

Los adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales, tienen una mejor autopercepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

1.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

1.6.1. Variables Independientes

Programa de Actividades Integrales	Nº de sesiones de educación en autocuidado en salud Nº de sesiones de ejercicios Nº de sesiones de relajación Nº de sesiones de artes manuales Nº de sesiones de interacción grupal
------------------------------------	---

Características Biosociodemográficas	Edad Sexo Estado civil Persona con quien vive
Funcionamiento Familiar	Evaluación de componentes del funcionamiento familiar
Apoyo Social Percibido	Amigos Familia Otros significativos

1.6.2. Variable Dependiente

Funcionalidad	Necesidades Funcionales Básicas Funciones Mentales Autopercepción de Salud
---------------	--

1.6.3. Subvariables Dependientes

Necesidades Funcionales básicas	Actividades Básicas Actividades Instrumentales Descanso-Sueño Ocupación del tiempo libre Síntomas
Funciones Mentales	Orientación Memoria Concentración - Cálculo
Autopercepción de Salud	Percepción del propio estado de salud.

1.6.4. Definición y operacionalización de las variables

a) Programa de Actividades Integrales

Definición Nominal: Programa que contempla contenidos y actividades relacionadas con educación para el autocuidado en salud, desarrollo de ejercicios físicos, baile, canto,

terapia de relajación, recreación y autoestima aplicados a los integrantes del grupo, con el fin de estimular su Funcionalidad.

Definición Operacional:

- Presencia del programa de Atención Integral: Desarrollo de Unidades, actividades con el grupo de adultos mayores.
- Ausencia del programa de Atención Integral: No desarrollo de Unidades, actividades con el grupo de adultos mayores.

b) Edad

Definición Nominal: Número de años transcurridos desde la fecha de nacimiento, al momento de la aplicación del instrumento recolector de datos, medido en años cumplidos.

Definición Operacional:

Se consideraron las siguientes categorías:

- 1.- 65 – 67 años
- 2.- 68 – 69 años
- 3.- 70 - y más años

c) Sexo

Definición Nominal: Condición anatómica- fisiológica que distingue al hombre de la mujer.

Definición Operacional:

Femenino; Personas con características anatómicas y fisiológicas propias de la mujer.

Masculino; Personas con características anatómicas y fisiológicas propias del hombre.

d) Estado Civil

Definición Nominal: Condición del individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad, que determina un vínculo matrimonial entre una mujer y un hombre.

Definición Operacional:

Casado =Con vínculo matrimonial

Soltero =Ausencia de vínculo matrimonial

Viudo =Contrajo vínculo matrimonial y su cónyuge ha fallecido.

e) Persona con quien vive:

Definición Nominal: Individuo con el que pasa la mayor parte del tiempo.

Definición Operacional:

Cónyuge =Con quien tiene vínculo matrimonial

Familiar =Cualquier familiar, se excluye el cónyuge.

Otro =No familiar.

f) Funcionalidad:

Definición Nominal: Capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus campos: biológico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social.

Definición Operacional:

Comparación de resultados obtenidos en las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud. Observándose:

Aumentada; mayor que la medición anterior

Mantenida; igual que la medición anterior

Disminuida; menor que la medición anterior

g) Necesidades Funcionales Básicas:

Definición Nominal: Conjunto de funciones o actividades del diario vivir que debe realizar un individuo sin ayuda.

Definición Operacional: Se evalúa de acuerdo al grado del problema de dependencia.

NO hay problema : 0-4 % del puntaje total escala EVA.

Problema LIGERO : 5-24 % del puntaje total escala EVA.

Problema MODERADO: 25-49 % del puntaje total escala EVA.

Problema GRAVE : 50-95 % del puntaje total escala EVA.

Problema COMPLETO: 96-100 % del puntaje total escala EVA.

h) Funciones Mentales:

Definición Nominal: Características específicas del ser humano que determinan su estado cognitivo ó mental, influyendo en su funcionalidad.

Definición Operacional:

Se evalúa de acuerdo al grado del problema de dependencia.

NO hay problema : 0-4 % del puntaje total escala portátil de Pfeiffer.

Problema LIGERO : 5-24 % del puntaje total escala portátil de Pfeiffer.

Problema MODERADO: 25-49 % del puntaje total escala portátil de Pfeiffer.

Problema GRAVE : 50-95 % del puntaje total escala portátil de Pfeiffer.

Problema COMPLETO: 96-100 % del puntaje total escala portátil de Pfeiffer.

i)Autopercepción de Salud:

Definición Nominal: Indicador subjetivo del estado de salud de un individuo. Tiene influencia directa sobre lo que cree poder realizar ó hacer.

Definición Operacional:

De acuerdo a su percepción los entrevistados considerarán su salud como:

Buena

Regular

Mala

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. POBLACIÓN EN ESTUDIO

2.1.1 Universo

Adultos Mayores Inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Familiar Guapeen de la comuna de Guapeen-Chile, que en número correspondieron a 6029 Adultos Mayores (año 2002).

2.1.2 Muestra

Previo a la constitución de la muestra, se consideraron los siguientes criterios:

a.1 Criterios de inclusión:

Edad; se consideró delimitar la edad entre 65 y 79 por corresponder al intervalo con el mayor porcentaje (86%) de adultos mayores inscritos en el programa del adulto mayor del centro de salud familiar Guapeen, lo que se correlaciona muy bien con la representación porcentual de adultos mayores entre estas edades, registrados en la comuna de Talcahuano y el país.

Presencia de Patología Crónica; Se consideró este antecedente debido a la inclusión de la variable uso de medicamentos dentro del instrumento de medición, para la muestra se seleccionó la Hipertensión Arterial por ser la patología con un mayor número de casos entre los adultos mayores de este centro de salud familiar y el país.

Domicilio en sectores cercanos al centro de salud familiar; Para favorecer el acceso a las sesiones del programa, se consideraron aquellos adultos mayores que pertenecieran a los sectores más cercanos al centro de salud familiar, éstos correspondían a aquellos con residencia en los límites territoriales considerados por el centro de salud familiar como sector 2 y 10.

a.2 Criterios de exclusión:

Se excluyeron de la muestra aquellos Adultos Mayores:

- 1) Totalmente dependientes, postrados.
- 2) Con deprivación sensorial
- 3) Con patología invalidante que les impidiera el trabajo propuesto por el programa
- 4) Que participaran de un grupo o programa de interacción social

5) Que presentaran deterioro intelectual severo, según el Short Portadle Mental Status de Pfeiffer.

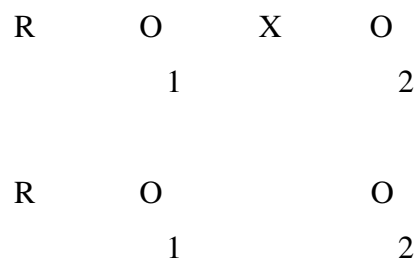
El grupo total de adultos mayores hipertensos entre 65 y 79 años inscritos en el Centro de Salud Hualpén que acudían a control en 1 mes correspondía a 1291 adultos mayores. Quienes cumplieron con los requisitos anteriormente mencionados fueron 440 individuos y de éstos se escogieron 30 al azar para constituir los grupos control y experimental con 15 personas cada uno. Los adultos mayores que participaron en ambos grupos, lo hicieron en forma voluntaria, previo su consentimiento informado.

2.1.3. Unidad de Análisis

Adulto mayor inscrito en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Familiar Hualpén, que voluntariamente decidió participar del programa de apoyo a la Funcionalidad.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación de Campbell y Stanley (Hernández 1994), es un estudio de tipo experimental verdadero: Diseño con preprueba-postprueba y grupo control, cuyo diagrama es el siguiente:



Donde respectivamente:

R= Asignación al azar o aleatoria

X= Tratamiento, estímulo o condición experimental.

O= Una medición a los sujetos de un grupo (prueba, cuestionario, observación, tarea, etc.) .

Se aplicó una preprueba (O1) a ambos grupos, antes de manipular la variable, para posteriormente someter al grupo experimental al tratamiento (X) y realizar finalmente una post prueba (O2) a ambos grupos.

2.2.1. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

FASES	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
I FASE MEDICION INICIAL	Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables	Idem
II FASE EXPERIMENTAL	Se expone al grupo experimental al tratamiento ó intervención.	No se expone o no recibe el tratamiento.
III FASE MEDICION FINAL	Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables, tres meses después de recibir el tratamiento.	Medición de la variable dependiente a través de tres subvariables, en el mismo período que se realizó la medición final al grupo experimental.
IV FASE ANÁLISIS	Comparación de resultados e inferencia	

2.2.2. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

A los adultos mayores del grupo experimental se les aplicó la intervención planificada denominada: Programa de Actividades Integrales, destinadas a favorecer la Funcionalidad.

Realizadas las mediciones anteriormente mencionadas, características biosociodemográficas, psicosociales y funcionales de la muestra, se procedió a aplicar el tratamiento a los adultos mayores integrantes del grupo experimental.

2.2.3. Programa de Actividades Integrales

El programa constó de cinco unidades, desglosadas en 16 sesiones, las que se distribuyeron en dos sesiones por semana, con una duración aproximada de 1 hora cada una. Se realizaron en una sala especialmente habilitada del Centro de Salud Familiar Hualpén y dependencias del cuerpo de bomberos de la actual comuna de Hualpén, durante los meses de Julio y Agosto del año 2002.

Los contenidos destinados a favorecer la funcionalidad de los adultos mayores, que asistían a cada sesión, se tradujeron en medidas de autocuidado en salud, desarrollo de sus capacidades físicas en el ejercicio, baile, canto, memoria, comunicación social, junto con identificar medidas saludables para ocupar el tiempo libre y técnicas de relajación que permitieron satisfacer la necesidad de sueño/reposo.

El responsable del desarrollo de este programa fue la licenciada en Enfermería Srta. Marcela Sanhueza Parra, quien contó con la colaboración de profesionales de Enfermería, alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad de Concepción y alumnos de la carrera técnico en enfermería de nivel superior INACAP, además de la colaboración de monitores de baile y manualidades. (Detalle Programa Anexo N°1).

2.3. RECOLECCION DE DATOS

2.3.1. Descripción y Aplicación de Instrumentos Recolectores.

Para determinar el perfil psicosocial de la muestra al inicio del estudio y medir las subvariables de la funcionalidad al inicio y al final se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Escala de valoración de la autonomía funcional EVA. (anexo N°2)
- b) Escala Multidimensional de apoyo social de Zimet. (anexo N°3)
- c) Short Mental Portable Status de Pfeiffer (anexo N°4)

- d) Escala de Funcionamiento Familiar APGAR (anexo N°5)
- e) Escala de Clasificación y Graduación de la Dependencia (anexo N°6)

2.3.1.1. Descripción y Aplicación de cada instrumento.

A. Escala de Valoración de la Autonomía Funcional (EVA):

Mide la autonomía funcional para el autocuidado de las personas mayores.

Su consistencia interna y fiabilidad garantiza su reproductibilidad y uso indistinto por profesionales del área salud y social. Su tiempo de aplicación es de unos diez minutos.

Para obtener una medida de la autonomía funcional la EVA proporciona una evaluación semicuantitativa en escala ordinal de las incapacidades. Consta de 12 aspectos diferentes que se consideran Necesidades Funcionales Básicas y se agrupan bajo 8 epígrafes:

- 1.- Nutrición (Alimentación; Hidratación.).
- 2.- Cumplimiento (Uso de Medicamentos.)
- 3.- Sintomatología (Síntomas.)
- 4.- Actividad-Descanso (Tareas Domésticas; Desplazamiento, Deambulación; Descanso Sueño.)
- 5.- Higiene (Aseo-Higiene)
- 6.- Eliminación (Eliminación Intestinal; Eliminación Vesical.)
- 7.- Ocio-T.Libre (Ocupación del Tiempo Libre.)
- 8.- Uso de Recursos (Uso de Los Recursos.).

Cada Necesidad Funcional tiene 4 niveles:

- 0.- Autonomía Completa
- 1.- Estímulo/Supervisión
- 2.- Ayuda
- 3.- Dependencia total/Suplencia.

Los niveles presentados anteriormente, se utilizan también para evaluar la escala anexa de Funciones Mentales (FM) que se incluye al aplicar la E.V.A.

De la conjunción de ambos valores (E.V.A. y F.M.) se obtiene el Grado de Autonomía Funcional, el cual posibilita el establecimiento de 10 Grados de Autonomía.

En la EVA la incapacidad es el grado de máxima dependencia y los niveles intermedios son llamados dificultad, de acuerdo a esto los grados 1 y 2 indicarían dificultad y el

grado 3 incapacidad.

Para ésta investigación no se utilizó la escala anexa que mide las Funciones Mentales, debido a que ésta escala no mide la capacidad de cálculo necesaria en el desempeño de actividades instrumentales como el uso de dinero entre otras.

B. Short Portable Mental Status de Pfeiffer:

Su objetivo es detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico: Explora orientación temporoespacial, memoria, cálculo, y concentración.

Se utilizó para evaluar las funciones mentales de ambos grupos al inicio y al final del tratamiento y como medida para el criterio de exclusión de aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo severo.

Se considera de 0-2 errores= Funciones Mentales intactas; 3-4 errores= Deterioro mental leve; 5-7 errores =Deterioro mental moderado y 8-10 errores= Deterioro mental severo.

C. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS):

La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su formato de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Para efectos de ésta investigación, luego de la prueba piloto, se debió cambiar ésta escala de acuerdo por una escala de tipo Likert con la siguiente categorización; 1= casi nunca 2= a veces 3= con frecuencia y 4= siempre ó casi siempre.

D. Escala de Funcionamiento Familiar APGAR:

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

Puede administrarse tanto por el entrevistador como por la persona entrevistada. Consta de 5 afirmaciones con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

Familias con puntajes > 6 se consideran como funcionales y ≤ 6 como disfuncionales.

E. Escala de Clasificación y Graduación de la Dependencia:

Esta escala de equivalencias propuesta por la clasificación internacional del funcionamiento, la dependencia y la salud de la O.M.S presenta cinco niveles de discapacidad, asociados a intervalos porcentuales, que se aplican a los puntajes obtenidos en toda escala que mida cualquier tipo de problemas relacionados con discapacidad. 0-4% no hay problemas, 5-24% problemas ligeros, 25-49% problemas moderados, 50-95% problemas graves y 96-100% problema completo ó total. El límite de error para considerar frontera entre un nivel y otro es 5%.

Es de uso universal aplicable a todas las escalas utilizadas actualmente, su objetivo es establecer una medida general de la Discapacidad/Funcionamiento utilizando un lenguaje común, para futuros análisis estadísticos, mundiales, regionales, locales con la debida aplicación de medidas y creación de políticas.

2.3.1. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

2.3.1.1. PRUEBA PILOTO:

Para verificar la comprensión de los Items del cuestionario final, donde se incluyeron todos los instrumentos mencionados, se aplicó una prueba piloto durante el mes de marzo del año 2002 a 20 adultos mayores inscritos en el programa del adulto mayor del consultorio Los Cerros, perteneciente a la comuna de Talcahuano, que poseían las mismas características, previamente mencionadas de los grupos a tratar en el Centro de Salud Hualpén, evitando así contaminar la información en el contexto donde se llevó a cabo el experimento.

La prueba piloto llevó a la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta de la escala de apoyo social de Zimet, la escala original es una escala de acuerdo que para los adultos mayores era motivo de confusión, se les hacía difícil diferenciar una respuesta de otra, ya que les parecían muy similares a la hora de contestar, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos.

Los conceptos utilizados fueron: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. Este criterio fue réplica del estudio de Arechabala y Miranda “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana” Chile-2002, donde a las investigadoras se les presentaron las mismas dificultades que en éste estudio, para

realizar la nueva categorización se apoyaron en estudios teóricos que concluyen que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de respuestas que tengan los ítems.

2.3.1.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados, son de conocimiento y uso internacional, siendo “validados” en los países, donde se han aplicado.

El Sistema de Medición de la Autonomía Funcional (SMAF), fue validado en Chile el año 1997, el análisis factorial de éste instrumento da origen a la E.V.A. De ésta manera la validación del SMAF implica automáticamente la validación de la EVA. En ésta investigación la escala EVA obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0,70.

La escala portátil de Pfeiffer que también fue utilizada en la presente investigación reveló una confiabilidad moderada con un coeficiente alpha de Cronbach de 0.57.

Con respecto a la escala de equivalencia propuesta por la O.M.S, no se tienen antecedentes de su uso en nuestro país, sin embargo, el estudio transcultural realizado por la O.M.S para su aplicación, apoya su validez.

2.4. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizó con el programa computacional estadístico denominado Statistical Analysis System (SAS) versión 8.2 facilitado por la Universidad de Concepción. Se utilizó estadística descriptiva y bivariada para el análisis de los datos biosociodemográficos, utilizándose la prueba T para muestras dependientes e independientes según correspondiera y la prueba F para la comparación de varianzas.

3. RESULTADOS

Los datos recolectados en la investigación se presentan en tablas estadísticas que contienen media aritmética, desviación estándar, valor p y prueba “t” de Student para comparar medias grupales. Se realizaron las modificaciones pertinentes a la fórmula de la prueba “t” de Student para comparar medias grupales, evaluando previamente las varianzas de los grupos con la prueba F.

Para facilitar la comprensión y análisis de los resultados, se presentan en primer lugar las pruebas de hipótesis, para las subhipótesis originadas de la hipótesis general, con sus respectivas tablas y comentarios, para terminar con el análisis de la hipótesis general, discusión y comentarios.

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

3.1.1. Perfil de la Muestra:

Según lo planificado, antes de aplicar el tratamiento se realizó una entrevista personalizada a cada adulto mayor participante del estudio, con el fin de identificar algunas características biosociodemográficas y aplicar los instrumentos que medían las subvariables dependientes que se relacionaban directa e indirectamente con la variable dependiente principal, “Funcionalidad”.

3.1.1.1. Características biosociodemográficas y subvariables evaluadas:

- a) Sexo
- b) Edad
- c) Estado civil
- d) Persona con quien vive
- e) Apoyo social percibido
- f) Funcionamiento familiar
- g) Necesidades Funcionales Básicas (Actividades de la vida diaria Básicas, Instrumentales, Necesidad de Sueño y Reposo, Síntomas y Ocupación del tiempo libre)
- h) Funciones Mentales
- i) Auto percepción de Salud

A continuación se presentan los datos obtenidos de la mencionada entrevista.

3.1.1.2. Características Sociodemográficas.

Para establecer, si ambos grupos, experimental y control presentaban características sociodemográficas homogéneas al inicio del tratamiento, se realizó la prueba Chi-cuadrado para un $p=0,05$; con corrección de Yates en tablas 2x2.

TABLA N°1 Distribución porcentual de los integrantes de los grupos experimental y control según sexo. Hualpén – Chile 2002.

SEXO	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		TOTAL
	N	%	N	%	
MASCULINO	6	40	4	27	10
FEMENINO	9	60	11	73	20
TOTAL	15	100	15	100	30

Fuente: Datos compilados de la investigación “Efectos de un programa de actividades integrales sobre la funcionalidad de adultos mayores. Hualpén – Chile 2002.

Chi Calculado = 0,15 Chi Crítico= 3,84 gl= 1

Los datos presentados en la tabla anterior, junto al cálculo de la prueba chi-cuadrado con corrección de Yates, para un $p=0,05$ indican que ambos grupos experimental y control tienen idéntica distribución desde el punto de vista de género.

TABLA N°2 Distribución porcentual de los integrantes de los grupos experimental y control según edad. Hualpén- Chile 2002.

EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		TOTAL
	N	%	N	%	
65 - 67 años	5	33	5	33	10
68 - 69 años	6	40	7	47	13
70 ó más años	4	27	3	20	7
TOTAL	15	100	15	100	30

Fuente: Idem Tabla N°1.

Chi Calculado = 0,18

Chi Crítico= 5,99

gl= 2

Al observar, la distribución de ésta variable, para ambos grupos no se aprecian diferencias, la prueba chi-cuadrado indica homogeneidad de la distribución. Esto significa que los grupos experimental y control son también homogéneos desde el punto de vista de la composición de edades.

TABLA N°3 Distribución porcentual de los integrantes de los grupos experimental y control según estado civil. Hualpén- Chile 2002.

ESTADO CIVIL	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		TOTAL
	N	%	N	%	
CASADO	10	67	10	67	10
NO CASADO	5	33	5	33	20
TOTALES	15	100	15	100	30

Fuente: Idem Tabla N°1.

Chi Calculado = *

Chi Crítico= 3,84

gl= 1

Al observar los datos de la tabla se observa que ambos grupos presentan idéntica distribución. Desde el punto de vista de la composición por situación marital, los grupos experimental y control tienen exactamente la misma proporción de personas casadas y no casadas. Por tanto, desde el punto de vista de las semejanzas el grupo experimental y control también son iguales en ésta característica.

TABLA N°4 Distribución porcentual de los integrantes de los grupos experimental y control según persona con quien vive. Hualpén - Chile 2002.

Persona con quien vive	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		TOTAL
	N	%	N	%	
CONYUGE	6	40	7	47	13
FAMILIAR	3	20	3	20	6
NINGUNO	3	20	2	13	5
OTRO	3	20	3	20	6
TOTALES	15	100	15	100	30

Fuente: Idem Tabla N°1.

Chi Calculado = 0,27

Chi Crítico= 3,84

gl= 1

Según los datos de la tabla anterior entre los grupos experimental y control no existen diferencias en relación a la persona con quien declaran vivir. La prueba chi-cuadrado indica homogeneidad de distribución, es decir los grupos experimental y control, también son homogéneos en ésta variable “Persona con quien vive”.

3.1.1.3. Características psicosociales

Para constatar la homogeneidad entre ambos grupos o muestras independientes, antes de la realización del programa, se incluyó la aplicación de diferentes instrumentos que miden características psicosociales de los integrantes de cada grupo: apoyo social percibido, funcionamiento familiar y estado cognitivo. A continuación se comparan ambas poblaciones, en la situación inicial, con la utilización de la prueba “t” de Student para muestras independientes, realizando primero la prueba F, para verificar igualdad ó desigualdad de varianzas y así emplear el “t” de Student correspondiente.

3.1.1.3.1. Apoyo Social Percibido

Tabla N°5 Apoyo social percibido, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Apoyo Social Percibido	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	Media	Sx	Media	Sx		
Situación Inicial	26.93	7,46	29.27	5,39	-0,98	0,33

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales $F=1,91$ $P=0,12$

Efectuado el test de igualdad de varianzas, se asume que ambos grupos tienen varianzas iguales (valor $p=0,12$ para el test de igualdad de varianzas) y realizando la comparación de medias mediante t-de Student para varianzas iguales se obtienen los resultados de la tabla en que se concluye que no existe diferencia significativa entre el grupo experimental y control, según apoyo social percibido al inicio del experimento, es decir, ambos grupos de adultos mayores tienen similares percepciones del apoyo que reciben desde sus familias, amigos y otros significativos.

3.1.1.3.2. Funcionamiento familiar.

Tabla N°6 Funcionamiento familiar, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Funcionamiento familiar	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	Media	Sx	Media	Sx		
Situación Inicial	12.13	2,53	12.87	2,32	-0,83	0,42

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales $F=1,18$ $P=0,38$

Según lo observado en estos datos obtenidos, en la situación inicial, no existen diferencias significativas de funcionamiento familiar, entre los grupos experimental y control, ambos grupos no tienen problemas de funcionamiento familiar. Es decir la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria (componentes del funcionamiento familiar) son normales, según el puntaje obtenido en el APGAR

familiar e iguales para ambos grupos.

3.1.1.3.3. Necesidades Funcionales Básicas.

Tabla N°7 Necesidades Funcionales Básicas, en la situación inicial, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	<u>Media</u>	<u>Sx</u>	<u>Media</u>	<u>Sx</u>		
Situación Inicial	4,9	2,8	3,8	3,2	0,97	0,34

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales $F=0,75$ $P=0,30$

Al observar la tabla N°7, los grupos experimental y control, en la situación inicial no registran diferencias significativas en sus Necesidades Funcionales Básicas, es decir ambas muestras son homogéneas. Desde el punto de vista funcional según la Clasificación internacional del funcionamiento la discapacidad y la salud (CIF); ambos grupos tienen “ligeros” problemas de dependencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, al obtener promedios que se incluyen en el rango 2 a 8.

A continuación se presenta una tabla con el detalle de las necesidades funcionales básicas en la situación inicial.

Tabla N°8 Detalle Necesidades Funcionales Básicas, en la situación inicial, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
Actividades básicas de la vida diaria	<u>Media</u> 0,33	<u>Sx</u> 0,72	<u>Media</u> 0,4	<u>Sx</u> 0,63	-0,27	0,79
Actividades Instrumentales de la vida diaria	<u>Media</u> 1,2	<u>Sx</u> 1,00	<u>Media</u> 1,06	<u>Sx</u> 1,38	0,30	0,77
Sueño/Reposo	<u>Media</u> 1,13	<u>Sx</u> 1,36	<u>Media</u> 1,00	<u>Sx</u> 1,07	0,30	0,77
Ocupación del tiempo libre	<u>Media</u> 2,0	<u>Sx</u> 1,46	<u>Media</u> 1,8	<u>Sx</u> 1,52	0,37	0,72
Síntomas	<u>Media</u> 0,33	<u>Sx</u> 0,49	<u>Media</u> 0,13	<u>Sx</u> 0,35	1,29	0,21

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales.

En la tabla N°8 los grupos experimental y control no presentan diferencias significativas en cada una de las dimensiones de las necesidades funcionales básicas, es decir ambas muestras en la situación inicial son homogéneas desde el punto de vista de las dimensiones de las necesidades básicas funcionales, se confirma lo presentado en la tabla N°7.

3.1.1.3.4. Funciones Mentales

Tabla N°9 Funciones Mentales, en la situación inicial, según grupo experimental y control. Hualpén-Chile 2002.

Funciones Mentales	Grupo Experimental		Grupo Control		T- Student	p
Situación Inicial	<u>Media</u>	<u>Sx</u>	<u>Media</u>	<u>Sx</u>	0,14	0,89

	1,07 1,44	1,00 1,25		
--	-----------	-----------	--	--

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales $F=1,32$ $P=0,31$

En la tabla anterior se observa que, ambos grupos antes del tratamiento no presentan diferencias significativas con respecto a sus Funciones Mentales, las que para ambos grupos se manifiestan normales con un promedio igual a 1 en la escala portátil de Pfeiffer. Al comparar estos resultados con la tabla de equivalencia porcentual de la CIF, los puntajes están incluidos en el intervalo 1 a 2 que corresponden a “ligeros problemas en las funciones mentales”.

3.1.1.3.5. Autopercepción de salud

Tabla N°10 Autopercepción de salud, en la situación inicial, según grupo experimental y control. Hualpén-Chile 2002.

Autopercepción de salud	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	Media	Sx	Media	Sx		
Situación Inicial	1,87	0,74	1,67	0,62	0,80	0,43

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias entre grupos independientes con varianzas iguales $F=1,45$ $P=0,25$

En la tabla N°10 se puede observar que no existen diferencias significativas al iniciar el tratamiento, ambos grupos tienen una autopercepción de salud regular (Promedio cercano a 2).

Para favorecer la comprensión del análisis final, a continuación se presenta una tabla resumen con las subvariables de la Funcionalidad en la situación inicial y su respectivo comentario.

Tabla N°11 Subvariables de la Funcionalidad, en la situación inicial, grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Subvariables Funcionales	Grupo Experimental	Grupo Control	T-Student	p
Necesidades Funcionales Básicas	<u>Media</u> <u>Sx</u> 4,9 2,8	<u>Media</u> <u>Sx</u> 3,8 3,2	0,97	0,34
Funciones Mentales	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,07 1,44	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,00 1,25	0,14	0,89
Autopercepción de salud	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,87 0,74	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,67 0,62	0,80	0,43

Fuente: Idem Tabla N°1

En la tabla N°11 no se observan diferencias significativas en las subvariables de la Funcionalidad para ambos grupos, al ser comparadas en la situación inicial, de esto se concluye que ambos grupos antes del experimento presentan una Funcionalidad homogénea.

3.1.2. VERIFICACIÓN DE HIPOTESIS

Para testear las hipótesis planteadas en el presente trabajo, para muestras independientes, se utilizó el test “t” de Student para varianzas iguales ó varianzas distintas, según resultado de la prueba F para comparación de varianzas. Cuando se compararon muestras pareadas (comparación de la situación inicial con la final), se usó el test “t” de Student para muestras pareadas, para todos los test de hipótesis se trabajó con un error alfa= 0,05.

Fórmulas:

a) Prueba F

$$F = \frac{S2^2}{S1^2}$$

b) "t" de Student para varianzas iguales

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (u_1 - u_2)}{S_p \sqrt{1/n_1 + 1/n_2}}$$

$$S_p^2 = \frac{s_1^2(n_1 - 1) + s_2^2(n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2}$$

c) "t" de Student para varianzas distintas

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (u_1 - u_2)}{\sqrt{s_1^2/n_1 + s_2^2/n_2}}$$

$$gl = \frac{(s_1^2/n_1 + s_2^2/n_2)}{[(s_1^2/n_1) / (n_1 - 1)] + [(s_2^2/n_2) / (n_2 - 1)]}$$

d) "t" de Student para muestras apareadas

$$t = \frac{\bar{X}_{pre} - \bar{X}_{post}}{\sqrt{\frac{n \cdot \sum D^2 - (\sum D)^2}{n^2(n-1)}}$$

3.1.2.1. Hipótesis General

“Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad física, psíquica y social, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus funciones cognitivas y mejor autopercepción de su estado de salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.”

3.1.2.2. Verificación de la Subhipótesis I:

“Adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa”

La funcionalidad en el adulto mayor esta ligada directamente con el nivel de autonomía que posee para realizar diversas actividades dentro del diario vivir, éstas son las llamadas Necesidades Funcionales Básicas que según su importancia en el desempeño funcional se clasifican en actividades básicas y actividades instrumentales.

Para realizar una evaluación de éstas actividades se debe hacer en términos de dependencia. Cuando el adulto mayor disminuye su dependencia (necesita menos ayuda) para realizar este tipo de actividades, se hace más independiente y su funcionalidad aumenta.

La EVA, utilizada en ésta investigación, evalúa las Necesidades Funcionales Básicas , calificando cada necesidad con valores que van desde 0 a 3, donde 0 = independencia total para satisfacer la necesidad evaluada y 3 = dependencia total para satisfacer esa determinada necesidad. De esta manera, mientras menor sea el promedio obtenido en la medición de éstas necesidades, mayor será la independencia y la funcionalidad.

Para detectar si existen diferencias significativas en satisfacer de manera independiente las necesidades funcionales básicas y como consecuencia diferencia en la funcionalidad entre los grupos, al comparar la situación inicial v/s la final se presenta la siguiente tabla.

Tabla N°12 Necesidades Funcionales Básicas, en la situación inicial y final, grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Situación Inicial	Situación Final	T-Student Grupos Pareados	p
Grupo Experimental	<u>Media</u> 4,86	<u>Media</u> 1,87	4,72	0,0001
Grupo Control	<u>Media</u> 3,8	<u>Media</u> 3,73	0,38	0,35

Fuente: Idem Tabla N°1

Según lo observado en la anterior, al comparar los promedios de Necesidades Funcionales Básicas del grupo experimental, registrados en la situación inicial y final existe una disminución estadísticamente significativa, que se traduce en “ausencia” de problemas de dependencia para las Necesidades Funcionales Básicas, situación que produce directamente un aumento de la funcionalidad respecto de la situación inicial; a diferencia del grupo control donde el incremento de su promedio, registrado en la situación final, no tiene significancia estadística, lo que indicaría un mantenimiento de su situación funcional inicial (“ligeros problemas de dependencia” para las Necesidades Funcionales Básicas), debido a que este grupo no recibió el tratamiento experimental.

Para observar en detalle la significancia de los cambios producidos en cada necesidad funcional básica del grupo experimental se presenta la siguiente tabla.

Tabla N°13 Detalle Necesidades Funcionales Básicas, en la situación inicial y final, grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Inicial	Final	t-Stud	P	Inicial	Final	t-Stud	P
Actividades básicas de la vida diaria.	<u>Media</u> 0,33	<u>Media</u> 0	1,78	0,048	<u>Media</u> 0,4	<u>Media</u> 0,33	1,00	0,17
Actividades instrumentales de la vida diaria	<u>Media</u> 1,2	<u>Media</u> 0,33	4,52	0,0002	<u>Media</u> 1,06	<u>Media</u> 1,40	-1,16	0,13
Sueño/Reposo	<u>Media</u> 1,06	<u>Media</u> 0,47	1,96	0,03	<u>Media</u> 1,00	<u>Media</u> 0,93	0,43	0,34
Ocupación del tiempo libre	<u>Media</u> 2,0	<u>Media</u> 0,93	2,36	0,02	<u>Media</u> 1,2	<u>Media</u> 1,13	0,56	0,29
Síntomas	<u>Media</u> 0,33	<u>Media</u> 0,20	1,47	0,08	<u>Media</u> 0,13	<u>Media</u> 0,13	0	0,5

Fuente: Idem Tabla N°1

Al observar los datos de la tabla N°13, se comprueba que en el grupo experimental, el programa de actividades integrales produce cambios significativos en la mayoría de las necesidades funcionales medidas, sólo el ítem de los síntomas no sufrió un cambio estadísticamente significativo, sin embargo, su cambio pre-post es real, puesto que es significativo al 8% de nivel de error. Si se observa lo sucedido en el grupo control en ninguna de las necesidades funcionales básicas se encontraron cambios estadísticamente significativos. Esto se explicaría por la ausencia del programa de actividades integrales en este grupo, que según lo observado en el grupo experimental, fortalece cada una de éstas necesidades.

De todas maneras se debe hacer la observación que ambos grupos tienen niveles de funcionamiento adecuado (ausencia de problemas y ligeros problemas) para compensar sus necesidades funcionales básicas, situación observada en la tabla N°12.

A continuación se presenta una tabla para ilustrar el comportamiento de las necesidades funcionales en ambos grupos en la situación final.

Tabla N°14 Necesidades Funcionales Básicas, en la situación final, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Grupo Experimental	Grupo Control	T-Student	P
	<u>Media</u> <u>Sx</u>	<u>Media</u> <u>Sx</u>		
Situación Final	1,87 1,34	3,73 1,68	-2,16	0,04

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias de grupos independientes con varianzas iguales $F=2,43$ $P=0,10$

Según los datos de la tabla N°14, al comparar ambos grupos después de realizada la intervención se detectó una diferencia estadísticamente significativa al 4% (valor de $p=0,04$). Esta diferencia se hace más evidente al interpretar los promedios obtenidos en la situación final según la CIF, donde el grupo experimental se clasifica como “sin problemas de dependencia” ($x=1,87$), para satisfacer las Necesidades Funcionales Básicas y el grupo control continúa categorizándose con “ligeros problemas de dependencia” ($x=3,73$), para satisfacer las Necesidades Funcionales Básicas.

De acuerdo a éstos resultados el grupo experimental tendría mayor funcionalidad que el grupo control.

A continuación se presenta una tabla con el detalle de las necesidades funcionales básicas en la situación final, para ambos grupos.

Tabla N°15 Detalle Necesidades Funcionales Básicas, en la situación final, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Necesidades Funcionales Básicas	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
Actividades básicas de la vida diaria	<u>Media</u> 0	<u>Sx</u> 0	<u>Media</u> 0,2	<u>Sx</u> 0,41	-1,87	0,04
Actividades Instrumentales de la vida diaria	<u>Media</u> 0,33	<u>Sx</u> 0,62	<u>Media</u> 1,4	<u>Sx</u> 1,59	-2,42	0,01
Sueño/Reposo	<u>Media</u> 0,47	<u>Sx</u> 0,74	<u>Media</u> 0,93	<u>Sx</u> 0,70	-1,77	0,04
Ocupación del tiempo libre	<u>Media</u> 0,93	<u>Sx</u> 1,09	<u>Media</u> 1,13	<u>Sx</u> 1,35	- 0,44	0,33
Síntomas	<u>Media</u> 0,20	<u>Sx</u> 0,41	<u>Media</u> 0,13	<u>Sx</u> 0,35	0,48	0,32

Fuente: Idem Tabla N°1.

Al observar la tabla N°15, en la situación final, los grupos experimental y control presentan diferencias significativas en tres de las cinco dimensiones de las necesidades funcionales básicas: Actividades Básicas de la vida diaria, Actividades Instrumentales y Sueño/Reposo, para la ocupación del tiempo libre y la presencia de síntomas no existen cambios significativos.

d) Decisión estadística:

Al obtener una diferencia significativa al 4%, valor que es menor a la región crítica establecida de un 5% en éste estudio, se debe aceptar la hipótesis alternativa que establece la existencia de diferencias en resultados entre el grupo experimental y el grupo control, con un t calculado mayor que el t crítico $- 2,16 > -1.70$.

3.1.2.3. Verificación de la Subhipótesis II:

“Los adultos mayores que participan de un programa integral de actividades mejoran sus Funciones Mentales, comparados con aquellos que no participan de este tipo de programa”

Otra característica ó aspecto general del adulto mayor que es necesario evaluar, por la influencia directa que tienen sobre la funcionalidad son sus Funciones Mentales. Estas funciones específicamente influyen sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria. Cuando las Funciones Mentales mejoran ó están menos deterioradas, el adulto mayor es más independiente para satisfacer sus necesidades funcionales básicas y su funcionalidad aumenta.

La escala portátil de Pfeiffer evalúa las Funciones Mentales a través de diez preguntas, donde se considera el número de respuestas erróneas, mientras menor sea el número de errores menor es el deterioro cognitivo. Esta categorización tiene correlación directa con la dependencia para el desempeño de las actividades de la vida diaria y la funcionalidad. Para determinar si existen diferencias en la situación final al comparar las funciones mentales entre ambos grupos se analizan los datos de la tabla siguiente.

A continuación el detalle los cambios ocurridos en la situación final respecto de la inicial, en especial para el grupo experimental, se presenta la siguiente tabla.

Tabla N°16 Funciones Mentales, en la situación inicial y final, de los grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

	Situación Inicial	Situación Final	T-Student Grupos Pareados	P
Funciones Mentales				
Grupo Experimental	<u>Media</u> 1,07	<u>Media</u> 0,27	2,57	0,01
Grupo Control	<u>Media</u> 1,00	<u>Media</u> 1,06	-1	0,17

Fuente: Idem Tabla N°1

En la tabla N°16 se aprecia una disminución altamente significativa del promedio de las Funciones Mentales registrado en la situación inicial en el grupo experimental, lo que se interpreta como un mejoramiento de éstas funciones. En ésta oportunidad el grupo experimental no presentó errores al ser evaluado con la escala portátil de Pfeiffer. Como

la clasificación de normalidad para ésta escala considera de 0 a 2 errores, esté grupo continúa presentando Funciones Mentales normales. Esta situación no se dá igual para el grupo control, quien estadísticamente no presenta diferencias respecto a la situación inicial, manteniendo sus funciones cognitivas normales con un error en la escala portátil de Pfeiffer.

La homologación con la escala de equivalencias de la O.M.S, indica para el grupo experimental ausencia de problemas y para el grupo control ligeros problemas en sus funciones mentales.

Tabla N°17 Funciones Mentales, en la situación final, según grupo experimental y control. Hualpén - Chile 2002.

Funciones Mentales	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	Media	Sx	Media	Sx		
Situación Final	0,27	0,46	1,07	1,33	-2,20	0,02

Fuente: Idem Tabla N°1. Supuesto: Comparación de medias entre grupos independientes con varianzas distintas $F=0,12$ $P=0,0001$

Al comparar las Funciones Mentales del grupo experimental y control en la situación final, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas.

Decisión estadística:

Se acepta la hipótesis alternativa (H1), que establece una disminución altamente significativa en el grupo experimental en relación al grupo control, al obtener un t calculado mayor que el t crítico $-2,20 > -1.70$.

3.1.2.4. Verificación de la Subhipótesis III:

“Los adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales, tienen una mejor autopercepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa”

La autopercepción de salud tiene influencia directa en lo que el adulto mayor hace (ó más exactamente lo que “cree que puede hacer”). Si la autopercepción de salud

es buena, realizará con menos problemas de dependencia las actividades de la vida diaria, con lo que elevará directamente su funcionalidad.

Para su medición en ésta investigación, la autopercepción de salud, se categorizó en: buena, regular y mala, con los correspondientes valores numéricos 1, 2 y 3, donde se consideró que a menor promedio obtenido mejor será la autopercepción de salud con el consiguiente aumento de la funcionalidad.

Para observar claramente, los cambios de la autopercepción de salud desde la situación inicial hasta la final, en el grupo experimental y determinar su significancia, se presenta la siguiente tabla.

Tabla N°18 Autopercepción de salud, en la situación inicial y final, de los grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Autopercepción de salud	Situación Inicial	Situación Final	T-Student Grupos Pareados	p
Grupo Experimental	<u>Media</u> 1,87	<u>Media</u> 1,07	4,58	0,0002
Grupo Control	<u>Media</u> 1,67	<u>Media</u> 1,73	-0,37	0,36

Fuente: Idem Tabla N°1

En la tabla N°18 se observa una disminución estadísticamente significativa de los promedios de autopercepción de salud registrados en la situación inicial por el grupo experimental, lo que se interpreta como un mejoramiento de la autopercepción de salud. Después de haber recibido el tratamiento experimental, los adultos mayores de éste grupo ya no perciben su salud como “regular”, en la situación final perciben su salud como “buena” (Promedios cercanos a 1), lo que se relaciona con ausencia de problemas para satisfacer sus necesidades funcionales básicas y con un aumento directo de la funcionalidad, mientras el grupo control que no recibió el tratamiento experimental continúa percibiendo su salud sólo como “regular” (Promedios cercanos a 2), que se relaciona con ligeros problemas de dependencia para satisfacer sus necesidades

funcionales básicas, con un consiguiente mantenimiento de la funcionalidad.

Tabla N°19 Autopercepción de salud, en la situación final, según grupo experimental y control. Hualpén-Chile 2002.

Autopercepción de salud	Grupo Experimental		Grupo Control		T-Student	p
	Media	Sx	Media	Sx		
Situación Final	1,07	0,24	1,73	0,88	-2,80	0,006

Fuente: Idem Tabla N°1. Comparación de medias entre grupos independientes con varianzas distintas $F=0,09$ $P=0,00002$

En la situación final al comparar ambos grupos se observa una diferencia significativa de la autopercepción de salud en el grupo experimental, donde el promedio se acerca a los rangos de buena autopercepción de salud (Promedios cercanos a 1), mientras que el grupo control, continúa percibiendo su salud sólo como regular (Promedios cercanos a 2).

Decisión estadística: Se acepta la hipótesis alternativa (H1) al obtener t calculado $-2,80 > -1,70$.

3.1.2.5. Verificación de la Hipótesis General:

“Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad física, psíquica y social, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus Funciones Mentales y mejor autopercepción de su estado de salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.”

Para verificar la hipótesis general del estudio, es necesario evaluar el comportamiento de cada una de sus tres subhipótesis, que contienen respectivamente las variables: Necesidades Funcionales Básicas, Funciones Mentales y Autopercepción de salud. Estas variables, tienen influencia directa e indirecta sobre la Funcionalidad, a medida que los adultos mayores se desempeñan en la vida diaria de manera más independiente, mejoran sus funciones mentales y tienen una mejor autopercepción de salud, su

funcionalidad aumenta.

De esta manera, cuando al menos una de las subhipótesis es verdadera la hipótesis general debe ser aceptada.

A continuación para continuar con la metodología de análisis utilizada para las subhipótesis, con el objetivo de verificar los cambios en la situación final con respecto a la situación inicial y demostrar diferencias significativas al comparar ambos grupos en la situación final y se presentan las siguientes tablas.

Tabla N°20 Subvariables Funcionales, en la situación inicial y final, grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Subvariables Funcionales	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Inicial	Final	t-Stud	P	Inicial	Final	t-Stud	P
Necesidades Funcionales Básicas	<u>Media</u> 4,86	<u>Media</u> 1,87	4,72	0,0001	<u>Media</u> 3,8	<u>Media</u> 3,73	0,38	0,35
Funciones Mentales	<u>Media</u> 1,07	<u>Media</u> 0,27	2,57	0,01	<u>Media</u> 1,00	<u>Media</u> 1,06	-1,00	0,17
Autopercepción de salud	<u>Media</u> 1,87	<u>Media</u> 1,07	4,58	0,0002	<u>Media</u> 1,67	<u>Media</u> 1,73	-0,37	0,36

Fuente: Idem Tabla N°1

Al observar los datos de la tabla N°20, donde se presentan los resultados de la medición inicial y final, todas las variables evaluadas en el grupo experimental, presentan una disminución estadísticamente significativa de los promedios iniciales de: Necesidades Funcionales Básicas, Funciones mentales y Autopercepción de Salud, que se relaciona directamente con un aumento de la Funcionalidad, a diferencia del grupo control quien no presenta diferencias al comparar la medición inicial con la final, es decir sus Necesidades Funcionales Básicas, Funciones Mentales y Autopercepción de Salud no sufrieron modificaciones, manteniendo su Funcionalidad.

Para observar en detalle la significancia estadística del efecto producido en las subvariables del grupo experimental se presenta la tabla siguiente.

Tabla N°21 Subvariables Funcionales, en la situación final, grupos experimental y control. Hualpén -Chile 2002.

Subvariables Funcionales	Grupo Experimental	Grupo Control	T-Student	p
Necesidades Funcionales Básicas	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,87 1,34	<u>Media</u> <u>Sx</u> 3,73 1,68	-2,16	0,04
Funciones Mentales	<u>Media</u> <u>Sx</u> 0,27 0,46	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,07 1,33	-2,20	0,02
Autopercepción de salud	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,07 0,24	<u>Media</u> <u>Sx</u> 1,73 0,88	-2,80	0,006

Fuente: Idem Tabla N°1

Al observar los datos de la tabla N°21 se confirma en el grupo experimental un efecto altamente significativo en dos de las tres subvariables analizadas, produciéndose una disminución significativa de los promedios iniciales de las Necesidades Funcionales Básicas , Funciones Mentales y Autopercepción de salud, que se traducen en un aumento de la Funcionalidad.

Al obtener diferencias altamente significativas en las tres subvariables analizadas se acepta la hipótesis general de trabajo que plantea que los adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales aumentan su funcionalidad, logrando menor dependencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus funciones mentales y mejor autopercepción de su estado de salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito del estudio realizado fue verificar la eficacia de un programa de apoyo con actividades integrales como estrategia, para aumentar la Funcionalidad física, psíquica y social de adultos mayores. Para formar la muestra se eligieron aleatoriamente 30 adultos mayores inscritos en el programa del adulto mayor del centro de salud Hualpén, con características definidas anteriormente en el estudio, formando dos grupos (experimental y control) de 15 adultos mayores cada uno y aplicando el programa de apoyo sólo al grupo denominado experimental.

Del propósito mencionado surgió la Hipótesis General de trabajo que planteaba lo siguiente:

“Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad física, psíquica y social, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus Funciones Mentales y mejor Auto percepción de su Estado de Salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.”

Para el análisis de ésta hipótesis, se debió evaluar cada una de las subhipótesis, que contenían las subvariables (Necesidades Funcionales Básicas, Funciones Mentales y Auto percepción del estado de salud) derivadas de la variable dependiente principal (Funcionalidad) y que de manera directa (Subhipótesis I y II) e indirecta (Subhipótesis III) permitían su medición.

En relación a la Subhipótesis I:

“Adultos mayores que participan de un programa de actividades integrales, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, comparados con adultos mayores que no participan de este tipo de programa”.

Se obtuvo un resultado estadísticamente significativo al 4% de error, que apoya en la medición final una mayor independencia del grupo experimental con respecto al grupo control, para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas (actividades de la vida diaria básicas, actividades Instrumentales, sueño-reposo, ocupación del tiempo libre y síntomas que afectan la funcionalidad), con el consiguiente aumento de su Funcionalidad. Aceptándose ésta subhipótesis de trabajo, constituida por la subvariable dependiente Necesidades funcionales básicas, que estadísticamente en el grupo experimental tuvo un compartamiento superior al grupo control, quien no participó del programa experimental y mantuvo el resultado de la medición inicial.

Se concluye que los cambios presentados en el grupo experimental se deben a su participación en sesiones de educación en autocuidado en salud, donde se reforzó el desempeño independiente para desarrollar actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, se realizaron sesiones de ejercicios físicos, baile, canto, relajación, manualidades e interacción social, que se insertan en los requisitos de autocuidado universal ó básicos propuestos por Dorothea Orem en su teoría general de autocuidado.

Con respecto a la Subhipótesis II:

“Los adultos mayores que participan en un programa integral de actividades mejoran sus funciones mentales, comparados con aquellos adultos mayores que no participan de este tipo de programa”.

Los resultados obtenidos, determinaron la aceptación de ésta subhipótesis, donde se confirmó un mejoramiento altamente significativo de las funciones mentales ($p=0,02$) en el grupo experimental al ser comparado con el grupo control en la situación final.

El grupo experimental no presentó errores en la escala portátil de Pfeiffer que se interpreta como funciones mentales intactas, lo que a su vez se relaciona con el cambio registrado en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, donde no existen problemas de dependencia, lo que favorece directamente su funcionalidad. A diferencia del grupo control que mantiene sus funciones cognitivas normales con un error en la escala portátil de Pfeiffer.

Se concluye que un programa de actividades integrales, con sesiones de autocuidado en salud, memoria, canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio influyen de manera positiva sobre las funciones mentales: memoria, comprensión, orientación y cálculo, que a su vez producen un mejor desempeño autónomo de los adultos mayores en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, aumentando su funcionalidad, apoyando los dichos de Lehr (2003), quien manifiesta la posibilidad de mantener o corregir el declive cognitivo natural del adulto mayor, a través de un entorno estimulante, que para ésta situación concreta estuvo constituido por las actividades del programa de apoyo.

Con respecto al efecto directo de cada una de las actividades integrales sobre cada una de las funciones mentales, no se puede determinar, ya que las actividades se aplicaron como un todo frente a un total que correspondía al conjunto de funciones mentales. Para determinar este efecto directo se debería realizar una investigación que midiera cada una de las actividades de manera independiente.

Con respecto a la Subhipótesis III:

Los adultos mayores que participan de un programa de apoyo con actividades integrales, tienen una mejor autopercepción de su estado de salud, que los adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

Esta subhipótesis medía en forma indirecta la funcionalidad y fué utilizada como una subhipótesis de tipo confirmatoria para los resultados obtenidos de las subhipótesis anteriores, considerándo que la autopercepción de salud que tiene el adulto mayor influye directamente sobre las cosas que cree que puede hacer ó realizar, dentro de lo que se incluye la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas.

Cuando se analizó ésta subhipótesis, se encontraron diferencias altamente significativas: el grupo experimental tuvo un mejoramiento significativo de su autopercepción de salud al ser comparado con el grupo control en la situación final. Inicialmente ambos grupos percibían su salud como regular, situación que también se presentó en la investigación de Albala (1998), pero que en ésta investigación con la inclusión del tratamiento experimental fue distinta para el grupo que participo en el programa de apoyo, percibiendo su salud como buena en la medición post-programa.

Según estos resultados la subhipótesis planteada fué aceptada.

Concluyendo que un programa de actividades integrales con sesiones de autocuidado en salud, memoria, canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio mejoran la autopercepción del estado de salud, influyendo en lo que los adultos mayores hacen o creen que pueden hacer. Por lo tanto con una mejor autopercepción del estado de salud el adulto mayor “hace” más y adquiere mayor protagonismo en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, aumentando su funcionalidad, concepto incluido en la definición de salud que hace Orem en su teoría general del autocuidado, donde salud significa, integridad física, estructural y funcional.

Con respecto a la hipótesis general que planteaba:

“Adultos mayores que participan en un programa de actividades integrales aumentan su Funcionalidad física, psíquica y social, logran mayor independencia para satisfacer sus Necesidades Funcionales Básicas, cambios positivos en sus Funciones Mentales y mejor autopercepción de su estado de salud, al compararlos con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.”

Las tres subhipótesis planteadas, fueron aceptadas. Situación que lleva a la aceptación de la hipótesis general de trabajo, concluyendo que el programa de actividades integrales efectivamente aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de los adultos

mayores que en él participan, al realizar una comparación con adultos mayores que no participan de este tipo de programa.

Se reafirma lo planteado, por Dorothea Orem, quien manifiesta la existencia de condiciones externas e internas que se asocian con el estado de salud y se relacionan con los estímulos recibidos del medio externo e interno, que para éste estudio estuvieron representados por la variable independiente “Programa de apoyo con actividades integrales”.

Se hace necesario mencionar que aunque el propósito final de ésta investigación no fue realizar una medición de la funcionalidad, sino valorar la efectividad de un programa en el aumento de la funcionalidad, se debe destacar que el análisis de los resultados, evidencia una población de adultos mayores, en términos funcionales, independiente sin problemas en el mejor de los casos ó con ligeros problemas de dependencia en los estados deficitarios. Resultados que se correlacionan muy bien con los resultados obtenidos por Domínguez, O. (1985), Albala, C. y cols. (1998) y Mella, R. (2001), quienes describen altos porcentajes de adultos mayores funcionalmente sanos, situación que difiere del estudio de Sequeira, D. (1997) que está netamente influenciado por las características geográficas especiales del entorno (cerros de Valparaíso) y el estudio de Muñoz, M. (1998) y Muñoz, M. y cols.(2003), donde los porcentajes de dependencia, específicamente para las funciones instrumentales son mayores al 60%, situación que no se repite en el estudio realizado ni el los mencionados anteriormente, donde prácticamente se evaluaron las mismas actividades para el ítem actividades del tipo instrumental.

Se destaca que la evaluación realizada es diferente a las comúnmente utilizadas que sólo consideran sólo ciertos aspectos de la funcionalidad, como es el índice de Kast ó Barthel que evalúan aspectos netamente de funcionalidad física en relación al desempeño de actividades básicas de la vida diaria ó el índice de Lawton que sólo evalúa las actividades del tipo instrumental, a diferencias de éstas mediciones, el instrumento aplicado permitió desde una perspectiva muy completa, que consideraba aparte de las comúnmente utilizadas, también aspectos psíquicos y sociales.

A su vez se debe mencionar que la mayoría de las evaluaciones de la funcionalidad determinan el estado de dependencia del adulto mayor, a través de una clasificación que solo tiene dos posibilidades, ser dependiente o no serlo, sin estipularse la actividad específica para la cual son dependientes ó en el caso contrario independientes, estableciendo veredictos radicales sobre su estado funcional, con una brecha demasiado

amplia que impide evaluar los pequeños grandes cambios, que son de tanta importancia en los envejecidos, no existiendo en la práctica investigativa, problemas de dependencia ligeros, moderados a los que hace alusión la O.M.S en la C.I.F, del año 2001 y que no necesariamente señalan a quien los posea como personas con dependencia completa.

Los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, con una visión universal de la funcionalidad, apoyan esta propuesta, donde se agrega que el funcionamiento está en continuo cambio, no es una situación estática, depende fundamentalmente de la condición de salud del individuo y los factores intrínsecos y extrínsecos de su vida.

Con respecto al programa de intervención desarrollado, considerando las características dinámicas de la funcionalidad, y del adulto mayor, resaltó el enfoque andragógico-constructivista, donde el aprendizaje surgía de las experiencias que el adulto mayor poseía, desarrollando sus funciones mentales y capacidad de comunicación al relacionarse dentro de un grupo de pares.

El programa de apoyo con actividades integrales, constituyó un método de apoyo eficiente para aumentar la funcionalidad de adultos mayores.

La investigación permitió una justa medida del funcionamiento físico y psíquico determinante de la funcionalidad, el aspecto social relacionado específicamente con la actividad y participación está inserto en el mismo programa, por lo que no se midió independientemente, debido a que la participación activa en el programa dá por satisfecho éste aspecto.

Según la revisión bibliográfica este criterio es apoyado, ya que la funcionalidad también se puede medir considerándo solo aspectos físicos y/o psíquicos y/o sociales.

Debido a la multiplicidad y multidimensionalidad de los instrumentos existentes para medir funcionalidad, sería interesante realizar investigaciones que evaluaran los diferentes instrumentos usados para medir la funcionalidad y verificar desde la perspectiva integral cual es el más indicado ó cual definitivamente no se debería usar, a su vez sería necesario realizar estudios que apoyaran la nueva clasificación del funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) incluido en la Clasificación Internacional de la Discapacidad y Funcionamiento (C.I.F), validando éste método, previa capacitación en el tema, ó creando instrumentos no tan específicos como la CIF, pero que considerarán sus aspectos generales de universalidad e integración holística con inclusión del enfoque social, específicamente la participación. De ésta forma la evaluación de la funcionalidad comprendería una visión integral de la salud del individuo (aspectos físicos, psíquicos y sociales) con un lenguaje más actual y

uniforme. Favoreciendo el traspaso universal del conocimiento, al momento de revisar antecedentes teóricos y empíricos, necesarios para apoyar nuevos proyectos en favor de las personas, la ciencia y las diferentes disciplinas relacionadas con la atención de éste grupo etéreo y sus familias, que en su formación de pregrado deberían recibir una sólida preparación en funcionalidad con los nuevos lineamientos propuestos por la organización mundial de la salud en base a la clasificación internacional de discapacidad y funcionamiento.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Albala, C. y cols. (1998). Proyecto SABE Chile, Salud, Bienestar y Envejecimiento. O.P.S (Ed). Región Metropolitana, Chile.
2. Amezcua, M. y cols. (1996). Cuidadores familiares: Su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado. *Enfermería Clínica*. 6(6)(pp. 233-239), Barcelona, España.
3. Arechabala, M. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*.8(1)(pp.49-55). Concepción, Chile.
4. Bruner, J. (1990). *Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva*. Alianza (Ed.). Madrid, España.
5. Belenger, MV., y Aliaga, F. (2000). Autonomía Funcional y Ocupación del Tiempo Libre en personas Mayores. *Rol de Enfermería*.23(3)(pp. 231-234). España.
6. Domínguez, O. (1987). Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años y más en Chile. Simposio Internacional sobre envejecimiento. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación económica y social.
7. Hernández, R., y Fernández, C.(1994). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana de México. (Ed.).Colombia.
8. Forciea, M.; Lavizzo- Mourey R.(1996). *Secretos de la geriatría*. McGraw-Hill Interamericana (Ed.), México.
9. Fornós, M.(1996). Estereotipos, Prejuicios y Vejez. *La Tardor*.1(3)(pp.9-12).España.
10. Forttes, A. (1993). Recreación y uso del tiempo personal. En: Marín, P. (Ed),

Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile , 2°Ed. (pp.333-346). Santiago, Chile.

11. Gaete, E., y Orellana, MV. (1993). Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor manual para monitores. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile, 2° Ed. Santiago, Chile.

12. Golini, A., y Calvani, P.(1997). Relationships between perception of health, chronic diseases and disabilities. In: 10th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Tokyo.

13. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2002). Censo de población y vivienda, Chile. Resultados Generales.

14. Instituto Nacional de Estadística (I.N.E).(1999). Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000, Chile.

15. Kinsella, K. y cols. (1994). La atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa. OPS/OMS. (Ed.).Publicación científica N° 546.Washington, D.C. E.U.A.

16. Kreidler M. y cols. (1994) Community Elderly: A Nursing Center's use of change Theory as a Model. Journal of Gerontological Nursing. (pp.25-29).E.U.A.

17.Langarica, R.(1985). Gerontología y Geriátrica.Nueva Interamericana (Ed.), 1(1).México.

18. Lange, I. y cols. (2000). Centro de Enfermería para el Adulto Mayor: Experiencia de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica. Santiago-Chile.

19. Lehr, U. (2003). Psicología de la Senectitud, Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento.Herder (Ed.). Barcelona-España.

20. Marín, P. (2002). Demografía y epidemiología del envejecimiento en Chile. En: Marín PP, Manual de Geriátrica y Gerontología.Ediciones Universidad Católica de Chile

(Ed.).(pp.47-54).Santiago, Chile.

21. Marín, P. y cols. (1998). Valoración geriátrica ambulatoria de 2.116 adultos mayores pobres. Revista Médica de Chile.126(1)(pp.609-14).Santiago, Chile. Santiago, Chile.

22. Marín, P. (1998). La situación del adulto mayor en Chile. Revista Médica de Chile.125(1)(pp.1207-12).

23. Mella, R.(2001). Estudio comparativo de Capacidad Funcional entre Adultos Mayores Mapuches y No Mapuches de la Comuna de Nueva Imperial IX Región. Tesis de Maestría, Departamento de enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

24. Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Geriátria.(2003). Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM). Proyecto FONDEF . Santiago,Chile.

25. Muñoz, M., Mendoza, S., y Salazar, A.(2004). Dependencia funcional y perfil biopsicosocial del adulto mayor.Concepción-Chile.Gerokomos.15(1) (pp.22-24).España.

26. Myers, G., y Légaré, J. (2000). The Behaviour and Status of Older Persons, in UNECE et UNFPA, Generations and Gender Programme: Exploring Future Research and Data Collection Options. New York/Geneva, United Nations Economic Commission for Europe et United Nations Population Fund. (pp.105-124).France.

27. Naciones Unidas.(2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid-España.

28. Orem, D. (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Masson y Salvat (Ed.), Barcelona-España. 423 pp.

29. Organización Mundial de la Salud.(2002). Salud y Envejecimiento: un marco político.Grupo orgánico de Enfermedades no transmisibles y salud mental. Depto.de prevención de las enfermedades no transmisibles promoción de la salud.Ginebra, Suiza.

30. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(2002). La Salud y el Envejecimiento. 36° sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo.SPP 36/7, Washington DC; E.U.A.
31. Organización Mundial de la Salud.(2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Resolución 54/21.Ginebra-Suiza.
32. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(1999).Sigamos activos para envejecer bien- Día Mundial de la Salud 1999. Boletín oficial 7 de Abril. Washington DC; E.U.A.
33. Organización Mundial de la Salud.(1998). Envejecimiento saludable: El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa Sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra-Suiza.
- 34.Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(1998). Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. 25° Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP25/12 (esp).Washington DC; E.U.A.
35. Organización Panamericana de la Salud.(1997).Boletín Día Mundial de la Salud, Washington DC; E.U.A.
36. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.).(1993).Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica. Serie Paltex N° 31; Washington DC, EUA.
37. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(1985). Hacia el Bienestar de los Ancianos. Washington DC; E.U.A.
38. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.(1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada.En salud para todos el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento oficial N° 179. Washington DC; E.U.A.
39. Pedraza, M. y Germán, C. (1992). Autonomía Funcional en Ancianos.Rol de

Enfermería.15(172)(pp.15-9).España.

40. Pedraza, M. y Germán, C. (1992). E.V.A Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado. Index de Enfermería .1(2)(pp.35-38). España.

41. Peláez, M. (1997). Salud de las personas de edad. En : OPS/OMS Informe final.Subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo.29° sesión. SPP29/FR. Washington DC; E.U.A.

42. Perlado, F. (1995).Teoría y práctica de la geriatría.Díaz de Santos (Ed.). Madrid-España.

43. Querejeta, M.(2003). Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y selección. Red española de colaboración con la O.M.S para el estudio de la discapacidad. Madrid, España.

44. Rivera, M.(1993). Técnicas de relajación física y mental. En: Marín, P.(Ed).Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.(2)(pp.315-332).Santiago,Chile.

45. Schmitt, M. y Jüchtern, J. (2001). The structure of subjective well-being in middle adulthood. Aging and Mental Health. 5 (1) (pp. 47- 55). E.U.A.

46. Selby, P., y Griffiths, A. (1996).Guía para un Envejecimiento Satisfactorio. Parthenon Publishing (Ed.). 1 (1). Inglaterra.

47. Sequeira, D. (1997). Evaluación funcional de los adultos mayores sector 18 del centro de salud Mena Valparaíso-Chile. Tesis de Diplomado, Departamento de enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

48. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).(2004). Política Nacional para el Adulto Mayor. Documento completo Actualizado. Chile.

49. Silva, J. (2001). Manual de Autocuidado para el Adulto Mayor. Segunda edición.

Ministerio de Salud. Santiago-Chile.

50. Simon, A; Compton L.(1996). Enfermería Gerontológica. McGraw-Hill Interamericana (Ed.), México.

51. Takamura, J. (1998). La Promesa de una vida más larga en las Américas del siglo XXI. *Perspectivas de Salud*.3(2).O.P.S, E.U.A.

52. Taylor, S. y cols.(1999). Dorothea Orem: Modelo de Autocuidado. En: Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Traducción al Español de la 4ta Edición.Harcourt Brace (Ed.). Madrid, España.

53. Velasco, N. (1993). Salud y Alimentación. En: Marín, P.(Ed).Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario. Programa para el Adulto Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile .(2)(pp.285-302).

54. Viveros, A.(2001). Envejecimiento y Vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CELADE-FNUAP.Serie Población y desarrollo 22. Santiago, Chile.

ANEXOS

ANEXO N°1

PROGRAMA DE APOYO A LA FUNCIONALIDAD DE ADULTOS MAYORES

“Potenciando Nuestra Funcionalidad Física, Psíquica y Social”.

Descripción:

Programa Integral, dirigido a adultos mayores con patología crónica, inscritos en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Familiar Hualpén.

Como requisitos deberán vivir en los sectores más cercanos al centro de salud, su edad no deberá superar los 79 años, no se requiere saber leer y escribir, no deben estar participando de algún programa ó grupo de interacción social, no deben padecer deficiencias que les impidan participar activamente en el programa.

El programa consta de cuatro unidades destinadas a potenciar la funcionalidad física, psíquica y social de éste grupo de adultos mayores. Las unidades se desglosarán en 16 sesiones, las que se distribuirán dos sesiones por semana y éstas tendrán una duración aproximada de 1,5 hrs. cada una, serán realizadas en una sala especialmente habilitada del Centro de Salud Hualpén y en el cuerpo de Bomberos de la misma localidad, durante los meses de Julio y Agosto.

El modelo educacional es de tipo constructivista andragógico, permite al educando construir su aprendizaje, utilizando recursos ha adquirido con la experiencia del tiempo, a su vez se consideran las características especiales de éste grupo etáreo, sin perder el norte de los objetivos planteados.

La responsable a cargo de éste programa es la Licenciada en Enfermería Srta. Marcela Sanhueza Parra, quien contará con la colaboración de profesionales del área de Enfermería, alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad de Concepción, alumnos de Técnico de Enfermería de nivel superior de INACAP y monitores de baile y manualidades.

Propósito:

Aumentar la Funcionalidad física, psíquica y social de los Adultos Mayores, a través de medidas de autocuidado en salud, desarrollo de capacidades físicas en el ejercicio, memoria, comunicación social, junto con identificar medidas saludables para ocupar el tiempo libre, técnicas de relajación que favorezcan la convivencia cotidiana y a su vez satisfagan la necesidad de sueño/reposo .

Objetivos Generales:

- Valorar la importancia de participar en un programa destinado a estimular la Autonomía Funcional.
- Identificar el autocuidado como una estrategia que conduce a estilos de vida saludables.
- Propiciar la interacción espontánea y cordial, junto con estimular la amistad y colaboración entre todos.

Unidades:

Nº 1 “Autonomía Funcional y Adulto Mayor”.

Nº 2 “Autocuidado y Salud”.

Nº 3 “Aprendiendo a Relajarnos”

Nº 4 “Recreación: Uso del Tiempo Libre”.

Actividades:

- Aplicación Técnica de Trabajo Grupal: Lluvia de ideas, Discusión de Grupo.
- Sesiones de tipo expositivas participativas.
- Respuesta a interrogantes
- Práctica de ejercicios: Físicos y de Relajación en aquellas unidades donde teóricamente fueron expuestos.
- Recreoterapia: Dinámica de Presentación ,Dibujar al Grupo, Memoricé y el Naipe.

Medios de apoyo:

- Pizarrón
- Papelógrafo
- Tríptico
- Radio

Evaluación:

Esta se realizará a través de la devolución de conocimientos, los aportes grupales y el consenso general.

ANEXO N°2

ESCALA DE VALORACION DE LA AUTONOMIA FUNCIONAL E.V.A

a). ALIMENTACION

0.- Come solo

1.- Come solo pero necesita estímulos o vigilancia o hay que prepararle la comida.

2.- Necesita alguna ayuda para comer o que alguien le sirva los platos uno a uno.

3.- Le da de comer otra persona o tiene tubo nasogástrico o gastrostomía o alimentación parenteral.

b). HIDRATACION

0.- Bebe solo.

1.- Bebe solo pero necesita estímulos o vigilancia.

2.- Necesita alguna ayuda para beber o que alguien le sirva los líquidos.

3.- Le da de beber otra persona o tiene sueroterapia endovenosa.

c). USO DE MEDICAMENTOS

0.- No toma . O los toma según las instrucciones.

1.- Requiere supervisión o recuerdo para asegurar el uso correcto de los medicamentos.

2.- Toma los medicamentos si se los preparan.

3.- Hay Que administrarle los medicamentos según las instrucciones.

d). SINTOMAS

0.- No padece síntomas que influyan en su nivel de autonomía, o estos no afectan dicho nivel.

1.- Los síntomas afectan a la autonomía de tal forma que, solo con una supervisión adecuada se compensa.

2.- Necesita ayuda para compensar el nivel de autonomía.

3.- Se suple totalmente la actividad compensadora por otra persona.

e). TAREAS DOMESTICAS

0.- Realiza Solo la preparación de comidas, planifica y realiza las compras solo, las labores del hogar, lavado de ropa.

1. Realiza solo pero necesita la supervisión para la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de la ropa.
2. Necesita ayuda para realizar la preparación de las comidas, la planificación de las compras, las labores del hogar y el lavado de ropa.
3. No puede realizar por si mismo la preparación de las comidas, ni la planificación de las compras, las labores del hogar y el lavado de la ropa.

6. DESPLAZAMIENTO, DEAMBULACION

0.- Realiza solo los desplazamientos:

- Andar (con o sin bastón)
- No necesita silla de ruedas
- Sube/baja escaleras solo
- Entra y sale de la cama

2.- Necesita ayuda para realizar:

- Andar (con o sin bastón)
- No necesita silla de ruedas
- Sube/baja escaleras solo
- Entra y sale de la cama

1.- Realiza sólo pero necesita supervisión:

- Andar (con o sin bastón)
- No necesita silla de ruedas
- Sube/baja escaleras solo
- Entra y sale de la cama

3.- No puede realizar por si mismo:

- Andar (con o sin bastón)
- No necesita silla de ruedas
- Sube/baja escaleras solo
- Entra y sale de la cama

7. DESCANSO SUEÑO

0.- Hasta 6 horas de sueño diarias, o sensación de sueño reparador.

1.- Con hipnóticos esporádicos u otras medidas (leche, baños), logra mantener un patrón de sueño normal.

2.- Tomando Hipnóticos logra medianamente un patrón de sueño normal

3.- Tomando hipnóticos no mantiene un patrón de sueño normal.

8. ASEO – HIGIENE

0.- Realiza por si mismo su aseo personal, vestirse y arreglarse.

1.- Lo realiza solo pero necesita supervisión para lo que es aseo personal, vestirse y arreglarse.

2.- Necesita Ayuda para realizar su aseo personal, vestirse y arreglarse.

3.- No puede realizar por si mismo su aseo personal, vestirse y arreglarse.

9. ELIMINACION INTESTINAL

0.- Continente

1.- Incontinencia ocasional u ostomía

2.- Incontinencia frecuente o necesita cuidados diarios de ostomía.

3.- Siempre incontinente o lleva pañales y le hacen los cuidados completos.

10. ELIMINACION VESICAL

0.- Continente

1.- Incontinente ocasional o gotas, sonda permanente de la que se ocupa solo, o necesita que se le recuerde para evitar incontinencias

2.- Incontinencia frecuente o necesita ayuda para cuidar de una sonda permanente

3.- Siempre incontinente o lleva pañales y necesita que le hagan los cuidados completos

11. OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE

0.- Realiza con normalidad actividades de tiempo libre y ocio.

1.- Realiza bajo supervisión actividades de tiempo libre.

2.- Necesita ayuda para realizar actividades de tiempo libre.

3.- No realiza actividades de tiempo libre – ocio.

12. USO DE LOS RECURSOS

0.- Utiliza los recursos, controla su economía personal, utiliza el teléfono y algún medio de transporte.

1.- Necesita supervisión para:

- Utilización de recursos comunitarios o
- Controlar su propia economía o
- Para utilizar el teléfono o
- Para utilizar algún medio de transporte.

2.- Necesita supervisión para:

- Utilización de recursos comunitarios o
- Controlar su propia economía o
- Para utilizar el teléfono o
- Para utilizar algún medio de transporte

3.- No puede utilizar los recursos de la comunidad.

ANEXO N°3

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE
ZIMET.**

FAMILIA	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre ó Siempre
Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4
Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia.	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones.	1	2	3	4
AMIGOS	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre ó Siempre
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	1	2	3	4
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

OTROS SIGNIFICATIVOS	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre ó Siempre
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad.				
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.				
Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí.				
Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos.				

ANEXO N°4

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS DE PFEIFFER

Pregunte desde el número 1 al 10 y complete las respuestas. Anote al final el número de errores y el nivel de escolaridad.

	POSITIVO	NEGATIVO
1. ¿A qué día estamos? ¿Mes, día, año?		
2. ¿A qué día de la semana estamos?		
3. ¿En qué sitio o lugar nos encontramos?		
4. ¿Cuál es su N° telefónico? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección?		
5. ¿Qué edad tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
7. ¿Quién es el presidente del gobierno actual?		
8. ¿Quién era el presidente del gobierno anterior?		
9. ¿Cómo se llama su madre?		
10. a 20 réstele 3 y continúe restando tres a cada resultado, hasta el final (20-17-14-8-5-2).		

ESCOLARIDAD: Básica o ninguna () E.Media () Superior ()

Tabulación de Resultados:

Valor final: Se acepta un error más si tiene Educación Básica o ninguna. Se acepta un error menos si tiene Educación Superior.

Interpretación:

0-2 errores: Funciones Mentales intactas.

3-4 errores: Deterioro mental leve.

5-7 errores: Deterioro mental moderado.

8-10 errores: Deterioro mental severo.

ANEXO N°5

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En relación a su familia, de las siguientes afirmaciones, podría decirnos si en su casa se da siempre, a veces o nunca:

	Nunca	A Veces	Siempre
¿ESTÁ UD. SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA?	0	1	2
¿CONVERSAN ENTRE UDS. LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN LA CASA?	0	1	2
¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA FAMILIA?	0	1	2
¿LOS FINES DE SEMANA SON COMPARTIDOS POR TODOS EN LA CASA?	0	1	2
¿SIENTE QUE SU FAMILIA LO QUIERE?	0	1	2
PUNTAJE TOTAL			

TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Nunca: 0 A Veces: 1 Siempre: 2

De las sumas de la puntuación para cada una de las preguntas resulta una escala de Funcionamiento Familiar, cuya puntuación teórica oscila entre 0 y 10 puntos.

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO:

> 6 pto = Familia Funcional

≤ 6 pto = Familia Disfuncional

ANEXO N°6

**ESCALA DE CLASIFICACIÓN Y GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA
(C.I.F., 2001).**

NO hay problema	:	0-4 % del puntaje total escala utilizada
Problema LIGERO	:	5-24 % del puntaje total escala utilizada
Problema MODERADO:		25-49 % del puntaje total escala utilizada
Problema GRAVE	:	50-95 % del puntaje total escala utilizada
Problema COMPLETO:		96-100 % del puntaje total escala utilizada

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES GENERALES

I. IDENTIFICACIÓN

N° de FichaFecha.....

Nombre.....

Fecha de Nac.....Edad.....

Dirección.....Fono.....

II ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD

1. Autopercepción de Salud Buena () Regular () Mala ()

2. Caídas: Si () ¿Dónde?.....No ()

3. Audición: Uso de Audífono Si () No ()

4. Visión: Usa Lentes Si () No ()

III ANTECEDENTES SITUACIÓN ECONÓMICA

() Sin Ingresos () Pensión Asistencial () Pensión Jubilación () Otra.

Fonasa Tramo.....

IV ANTECEDENTES FAMILIARES

Estado civil.....Persona con quien vive: () Cónyuge () Hijo

() Familiar (no cónyuge) () solo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....Acepto
participar voluntariamente del programa de actividades integrales “Potenciando nuestra
Funcionalidad”; que se realizará en las dependencias del consultorio Hualpencillo y
cuerpo de bomberos de la misma localidad. Estoy en conocimiento que éste programa es
parte del proyecto de tesis realizado por la Srta. Marcela Sanhueza Parra, de profesión
enfermera, a quién autorizo, utilizar mis antecedentes e información sobre mi
desempeño en el programa, para los fines que estime convenientes en su investigación.

Firma

Fecha: